

**NATIONALE COMMISSIE
VOOR DE EVALUATIE
VAN DE WET VAN 15 OKTOBER 2018
BETREFFENDE
DE ZWANGERSCHAPSAFBREKING
(WET VAN 13 AUGUSTUS 1990)**

**VERSLAG TEN BEHOEVE
VAN HET PARLEMENT**

1 JANUARI 2022 – 31 DECEMBER 2023



MAART 2025

Inhoud

1	INLEIDING	7
2	DOCUMENTEN DIE AAN DE EVALUATIECOMMISSIE BEZORGD MOETEN WORDEN	9
2.1	HET REGISTRATIEFORMULIER ZWANGERSCHAPSAFBREKING	9
2.2	FORMULIER ‘JAARLIJKS VERSLAG VAN DE INSTELLING’	12
2.3	FORMULIER ‘JAARLIJKS VERSLAG VAN DE VOORLICHTINGSDIENST’	14
3	STATISTISCH VERSLAG	15
3.1	BESCHRIJVING	17
3.1.1	SOCIAAL-DEMOGRAFISCHE GEGEVENS	17
3.1.1.1	Zwangerschapsafbrekingen naar de leeftijd van de vrouw	17
A.	Algemene gegevens	17
B.	Naar de leeftijd van de vrouw per leeftijdscategorie	18
C.	Zwangerschapsafbrekingen per leeftijdscategorie van vrouwen op vruchtbare leeftijd (periode 2008-2023)	19
D.	De abortuscijfers per leeftijdscategorie (periode 1996-2023)	20
3.1.1.2	Geslacht	21
3.1.1.3	Zwangerschapsafbrekingen naar burgerlijke staat	21
3.1.1.4	Zwangerschapsafbrekingen naar de leef-/woonsituatie	22
3.1.1.5	Zwangerschapsafbrekingen naar het aantal kinderen ter wereld gebracht	25
3.1.1.6	Zwangerschapsafbrekingen naar het aantal kinderen binnen het gezin	26
3.1.1.7	Zwangerschapsafbrekingen naar de woonplaats	27
A.	Algemene gegevens	27
B.	Vrouwen gedomicilieerd in het buitenland: indeling per geboorteland in Europa en per continent	29
C.	Evolutie van het aantal zwangerschapsafbrekingen van vrouwen gedomicilieerd in België t.o.v. in het buitenland gedomicilieerde vrouwen	30
D.	Evolutie van het aantal zwangerschapsafbrekingen van vrouwen gedomicilieerd in onze grenslanden	31
E.	Meest voorkomende nationaliteiten van de buitenlandse vrouwen die in België wonen	32
F.	Geboorteland van de vrouw: indeling per werelddeel	34
3.1.1.8	Instelling waar de zwangerschapsafbreking plaatsvindt	35
A.	Centrum of ziekenhuis volgens het aantal weken zwangerschapsduur na conceptie	35
B.	Centrum of ziekenhuis, na een zwangerschapsduur van maximum 12 weken na conceptie, naar de woonplaats van de vrouw	35
3.1.2	PSYCHOSOCIALE GEGEVENS: AANGEHAALDE OF WAARGENOMEN REDENEN VOOR DE ZWANGERSCHAPSAFBREKING	37
3.1.3	MEDISCHE GEGEVENS	39
3.1.3.1	Aantal zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd volgens het aantal weken zwangerschapsduur na conceptie	39
3.1.3.2	Gebruikte voorbehoedsmiddelen	41
A.	Algemene gegevens	41
B.	Verklaring van de vrouwen die geen voorbehoedsmiddelen gebruikten in de maand van conceptie	41
C.	Verklaring van de vrouwen die wel voorbehoedsmiddelen gebruikten in de maand van conceptie	42
3.1.3.3	Oorzaak van de zwangerschap	43
3.1.4	MEDISCH-TECHNISCHE ASPECTEN VAN DE BEHANDELING	45

3.1.4.1	Methode van zwangerschapsafbreking	45
A.	Algemene gegevens	45
B.	Methode van zwangerschapsafbreking, naar zwangerschapsduur na conceptie en instelling waar de zwangerschapsafbreking plaatsvond	45
C.	Methode van zwangerschapsafbreking, per provincie waar de instelling gevestigd is (dus niet volgens de woonplaats van de vrouw)	47
D.	Methode van zwangerschapsafbreking, naar provincie waar de instelling gevestigd is (dus niet volgens de woonplaats van de vrouw), zwangerschapsduur tot en met 7 weken na conceptie	49
E.	Methode van zwangerschapsafbreking, naar provincie waar de instelling gevestigd is (dus niet volgens de woonplaats van de vrouw), zwangerschapsduur 8 tot en met 12 weken na conceptie	51
F.	Methode van zwangerschapsafbreking, naar provincie waar de instelling gevestigd is (dus niet volgens de woonplaats van de vrouw), zwangerschapsduur vanaf 13 weken na conceptie	53
3.1.4.2	Verdoving	55
A.	Algemene gegevens: verdoving bij chirurgische zwangerschapsafbrekingen	55
B.	Verdoving bij chirurgische zwangerschapsafbrekingen, naar zwangerschapsduur na conceptie en type instelling	56
3.1.4.3	Opnameduur	58
A.	Algemeen	58
B.	Opnameduur, naar zwangerschapsduur na conceptie en type instelling	58
3.1.4.4	Onmiddellijke medische verwikkelingen	60
A.	Algemeen	60
B.	Onmiddellijke medische verwikkelingen, gedifferentieerd naar zwangerschapsduur na conceptie en type instelling	61
3.1.4.5	Toestemming voor het overmaken van het medisch verslag aan de behandelende arts	62
3.2	GEKRUISTE TABELLEN	63
3.2.1	REDENEN	63
3.2.1.1	Woonplaats van de vrouw en het invoeren van relationele of familiale redenen	63
3.2.1.2	Woonplaats van de vrouw en het invoeren van financiële of materiële redenen	64
3.2.1.3	Redenen en leeftijdscategorie	65
3.2.1.4	Redenen en leef / woonsituatie	67
3.2.2	VOORBEHOEDSMIDDELEN	68
3.2.2.1	Geen voorbehoedmiddel gebruikt per leeftijdscategorie	68
3.2.2.2	Wel voorbehoedmiddel(en) gebruikt per leeftijdscategorie	69
3.2.3	METHODE VAN ZWANGERSCHAPSAFBREKING	71
3.2.3.1	Methode van zwangerschapsafbreking naar de zwangerschapsduur na conceptie	71
3.2.3.2	Methode van zwangerschapsafbreking en onmiddellijke medische verwikkelingen	72
3.2.3.3	Methode van zwangerschapsafbreking en leeftijdscategorieën	72
3.2.4	ZIEKENHUIS OF CENTRUM	73
3.2.4.1	Ziekenhuis of centrum naar de woonplaats van de vrouw	73
3.2.4.2	Ziekenhuis of centrum volgens leeftijdscategorieën	73
3.2.4.3	Ziekenhuis of centrum en zwangerschapsafbreking na 12 weken zwangerschapsduur na conceptie	73
3.3	BIJLAGEN BIJ HET STATISTISCH VERSLAG	74
3.3.1	BIJLAGE 1: TOELICHTING BIJ DE SUB-RUBRIEK "ANDERE" IN HET REGISTRATIEDOCUMENT VOOR EEN ZWANGERSCHAPSAFBREKING	74
3.3.1.1	"Andere" genoemde redenen	74
3.3.1.2	"Andere" feitelijke of leefsituatie	77
3.3.1.3	"Andere" woonplaats: zonder vaste verblijfplaats, zonder verblijfsvergunning	77

3.3.1.4	“Andere” verklaringen van de vrouwen die geen voorbehoedsmiddelen gebruikten in de maand van conceptie	78
3.3.1.5	“Andere” anticonceptiemethode	79
3.3.1.6	“Andere” methode van zwangerschapsafbreking	80
3.3.1.7	“Andere” methode van verdoving	80
3.3.1.8	“Andere” onmiddellijke medische verwickelingen	81
3.3.2	BIJLAGE 2: ZWANGERSCHAPSAFBREKINGEN NA DE PERIODE VAN 12 WEKEN NA CONCEPTIE	82
3.3.2.1	Wegens ernstig gevaar voor de moeder	82
3.3.2.2	Wegens zware of ongeneeslijke aandoeningen van het kind	82
4	JAARVERSLAGEN VAN DE INSTELLINGEN VOOR GEZONDHEIDSZORG	87
4.1	INLEIDING	87
4.2	NEDERLANDSTALIGE INSTELLINGEN	88
4.2.1	CENTRA	88
4.2.2	ZIEKENHUIZEN	88
4.3	FRANSTALIGE INSTELLINGEN	89
4.3.1	CENTRA	89
4.3.2	ZIEKENHUIZEN	89
4.4	OVERZICHT BELGIË	90
4.4.1	CENTRA	90
4.4.2	ZIEKENHUIZEN	90
5	ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE VOORLICHTINGSDIENSTEN	91
5.1	ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE NEDERLANDSTALIGE VOORLICHTINGSDIENSTEN	91
5.1.1	CENTRA	91
5.1.1.1	Samenstelling van de voorlichtingsdienst	91
5.1.1.2	Werking van de voorlichtingsdienst	91
5.1.1.3	Aantal raadplegingen van de voorlichtingsdienst	92
5.1.1.4	Toegepaste opvang- en hulpmethoden	93
5.1.1.5	Specifieke gevallen van opvang en begeleiding	95
5.1.1.6	Voorstellen ter verbetering van de preventie van ongewenste zwangerschappen in 2022-2023	95
5.1.2	ZIEKENHUIZEN	95
5.1.2.1	Samenstelling en werking van de dienst	95
5.1.2.2	Aantal raadplegingen van de dienst	96
5.1.2.3	Toegepaste opvang- en hulpmethoden	96
5.1.2.4	Voorstellen om de preventie te verbeteren	96
5.2	ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE FRANSTALIGE VOORLICHTINGSDIENSTEN	97
5.2.1	CENTRA	97
5.2.1.1	Aantal personen dat in de voorlichtingsdienst werkt en hun kwalificatie	97
5.2.1.2	Werking van de voorlichtingsdienst	97
5.2.1.3	Aantal raadplegingen van de voorlichtingsdienst	99
5.2.1.4	Methodes van opvang en begeleiding	100
A.	Voor de zwangerschapsafbreking	100
B.	Tijdens de zwangerschapsafbreking	102
C.	Na de zwangerschapsafbreking	102
5.2.1.5	Specifieke gevallen van opvang en begeleiding	103
<i>Verslag ten behoeve van het parlement - 2022-2023</i>		<i>4 / 151</i>

5.2.1.6	Voorstellen ter verbetering van de preventie van ongewenste zwangerschappen in 2022-2023	105
5.2.2	ZIEKENHUIZEN	109
5.2.2.1	Aantal personen dat in de voorlichtingsdienst werkt en hun kwalificatie	109
5.2.2.2	Werking van de dienst	110
5.2.2.3	Aantal raadplegingen van de dienst	110
5.2.2.4	Specifieke methodes van opvang en begeleiding vóór, tijdens en na de zwangerschapsafbreking	110
A.	Voor de zwangerschapsafbreking	110
B.	Tijdens de zwangerschapsafbreking	112
C.	Na de zwangerschapsafbreking	113
5.2.2.5	Specifieke gevallen van opvang en begeleiding	113
5.2.2.6	Voorstellen ter verbetering van de preventie van ongewenste zwangerschappen	114

6 BESLUITEN EN AANBEVELINGEN **115**

6.1	BESLUITEN	115
6.2	AANBEVELINGEN	117
6.2.1	ALGEMENE INLEIDING	117
6.2.2	AANBEVELINGEN	118
I.	Preventie – opleiding	118
II.	Anticonceptie en anticonceptiemethoden	118
III.	Vrijwillige zwangerschapsafbreking en ziekenhuizen	119
IV.	Vrijwillige zwangerschapsafbrekingen en abortuscentra	119
V.	Toegang tot vrijwillige zwangerschapsafbreking	119
VI.	Termijn voor een vrijwillige zwangerschapsafbreking	120
VII.	Methoden van vrijwillige zwangerschapsafbreking	120
VIII.	Opleiding in vrijwillige zwangerschapsafbreking	120
IX.	Zwangerschapsafbrekingen om medische redenen	120
X.	Vertrouwelijkheid van abortushulpverlening	121
XI.	Registratie, gegevensverzameling en rol van de Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking	121
6.2.3	SLOTWOORD	122

7 MINDERHEIDSSTANDPUNT: NIET DOOR DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE ONDERSTEUND STANDPUNT VAN DR. C. KORTMANN **123**

8 EXTRA BIJLAGEN BIJ DE GEKRUISTE TABELLEN **129**

8.1	AANGEHAALDE REDENEN	129
A.	Redenen en burgerlijke staat	129
B.	Redenen en aantal kinderen ter wereld gebracht	129
C.	Redenen en aantal kinderen binnen het gezin	130
8.2	VOORBEHOEDSMIDDELEN	131
A.	Geen voorbehoedsmiddel gebruikt in de maand van conceptie en burgerlijke staat	131
B.	Wel voorbehoedsmiddel(en) gebruikt en burgerlijke staat	131
C.	Geen voorbehoedsmiddel gebruikt in de maand van conceptie en aantal kinderen ter wereld gebracht	132
D.	Wel voorbehoedsmiddel(en) gebruikt en aantal kinderen ter wereld gebracht	133
E.	Geen voorbehoedsmiddel gebruikt in de maand van conceptie en aantal kinderen in het gezin	134
F.	Wel voorbehoedsmiddel(en) gebruikt en aantal kinderen in het gezin	134

8.3	METHODE VAN ZWANGERSCHAPSAFBREKING	135
A.	Methode van zwangerschapsafbreking en verdoving	135
B.	Methode van zwangerschapsafbreking en opnameduur	135
8.4	OPNAMEDUUR	136
A.	Opnameduur en verdoving	136
B.	Opnameduur en verwickelingen	136
8.5	ZIEKENHUIS OF CENTRUM	137
A.	Ziekenhuis of centrum en verwickelingen	137
B.	Ziekenhuis of centrum en opnameduur	137
C.	Ziekenhuis of centrum en methode van zwangerschapsafbreking	137
D.	Ziekenhuis of centrum en verdoving	137
9	SAMENSTELLING VAN DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE VOOR ZWANGERSCHAPSAFBREKING EN HAAR ADMINISTRATIEF KADER	138
9.1	SAMENSTELLING VAN DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE ZWANGERSCHAPSAFBREKING (K.B. 3 MAART 2024)	138
9.2	SAMENSTELLING VAN HET ADMINISTRATIEF KADER VAN DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE	139
10	RELEVANTE WETGEVING	140
10.1	ZWANGERSCHAPSAFBREKING	140
10.1.1	WET VAN 3 APRIL 1990 BETREFFENDE DE ZWANGERSCHAPSAFBREKING	140
10.1.2	ARTIKEL 349 IN HET STRAFWETBOEK	140
10.1.3	WET VAN 15 OKTOBER 2018 BETREFFENDE DE VRIJWILLIGE ZWANGERSCHAPSAFBREKING, TOT OPHEFFING VAN DE ARTIKELN 350 EN 351 VAN HET STRAFWETBOEK, TOT WIJZIGING VAN DE ARTIKELN 352 EN 383 VAN HETZELFDE WETBOEK EN TOT WIJZIGING VAN DIVERSE WETSBEPALINGEN	140
10.2	EVALUATIECOMMISSIE VOOR ZWANGERSCHAPSAFBREKING	140
10.2.1	WET VAN 13 AUGUSTUS 1990 BETREFFENDE DE OPRICHTING VAN DE EVALUATIECOMMISSIE VOOR ZWANGERSCHAPSAFBREKING	140
10.2.2	K.B. HOUDENDE BENOEMING VAN DE LEDEN VAN DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE	141
11	VERKLARENDE WOORDENLIJST EN NUTTIGE BEGRIPPEN	142
12	DANKWOORD AAN DE INSTELLINGEN	143
13	BIBLIOGRAFIE	144
A.	Wetgeving en beleidsdocumenten	144
B.	Wetenschappelijke rapporten op vraag van de overheid	144
C.	Analyses	145
D.	Video	148
E.	Brochures	148
F.	Internetsites	148
G.	Sectorgericht	149
H.	Statistieken	149
I.	Eindwerken	150

1 Inleiding

Aan het Parlement wordt het achttiende twejaarlijks verslag van de Nationale Evaluatiecommissie, opgericht bij wet van 13 augustus 1990, overgemaakt.

De Commissie is belast met de evaluatie van de Wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen.

Dit verslag heeft betrekking op de registraties van de zwangerschapsafbrekingen die haar werden overgemaakt voor de jaren 2022 en 2023.

In 2021 stelde de Commissie een nieuwe versie op van het document voor het registreren van een zwangerschapsafbreking. Artsen zijn ertoe gehouden dit registratiedocument te gebruiken vanaf 1 januari 2022.

Ter herinnering, de eerdere werkzaamheden van de Commissie maakten het voorwerp uit van de volgende mededelingen aan het Parlement:

- in augustus 1992 werd het Parlement ingelicht over de stand van de werkzaamheden van de Commissie;
- in augustus 1993 verscheen het verslag over de registraties van 1 oktober tot 31 december 1992;
- in augustus 1994 volgde het verslag over het jaar 1993;
- in augustus 1996, 1998, 2000, 2002, 2004 en 2006 de verslagen respectievelijk over de registraties van 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003 en 2004-2005;
- in december 2008 betreffend de registraties van de jaren 2006-2007.

De laattijdigheid van deze laatste mededeling maakte het voorwerp uit van enige uitleg in het voorwoord van het verslag met betrekking tot die periode;

- in september 2010 over de registraties van de jaren 2008 en 2009;
- in december 2012 over de registraties van de jaren 2010 en 2011;
- in februari 2020 werden er 3 twejaarlijkse verslagen over de registraties van 2012-2013, 2014-2015 en 2016-2017 overgemaakt aan het Parlement.

De conclusies en aanbevelingen die de Nationale Evaluatiecommissie op basis van deze zes jaar aan de wetgever heeft voorgesteld, werden uiteengezet in een bijkomend memorandum dat ook in februari 2020 werd gepubliceerd. De reden van de laattijdigheid van de publicatie van deze verslagen werd uiteengezet in het voorwoord van deze verslagen;

- in februari 2021 verscheen het twejaarlijks verslag over de registraties van de jaren 2018 en 2019. Dit verslag had normaliter in september 2020 moeten verschijnen, maar dit was niet mogelijk omwille van de covid-19 pandemie.

Door het absentisme als gevolg van Covid-19 en de lockdown-maatregelen die door de overheid werden opgelegd, hebben sommige instellingen hun documenten met enige vertraging aan het secretariaat van de Commissie doorgestuurd. Hierdoor kon het rapport pas in februari 2021 aan het Parlement worden overgemaakt.

- In februari 2023 verscheen het verslag over de registraties van de jaren 2020 en 2021.

De Commissie wil eens te meer benadrukken dat zij slechts beschikt over de inlichtingen, die de wet haar toelaat te vragen aan de betrokken artsen en de instellingen voor gezondheidszorg.

Dit verslag is ingedeeld in drie delen.

- Het eerste deel (hoofdstuk 3) is het statistisch verslag en bevat enkel cijfergegevens. Het bestaat uit twee onderdelen: het eerste geeft de beschrijving van de zogenoemde “bruto” sociaal-demografische, psychosociale en medische gegevens; het tweede stelt de onderlinge correlaties vast tussen de bruto gegevens.
- Het tweede deel (hoofdstuk 4) betreft de gegevens, ingewonnen overeenkomstig de wet van 13 augustus 1990, bij de instellingen voor gezondheidszorg aan de hand van de jaarverslagen die ze aan de Commissie hebben gestuurd.
- Het derde deel (hoofdstuk 5) bevat een synthese van inlichtingen, die de Nederlandstalige en Franstalige voorlichtingsdiensten in hun jaarverslagen aan de Commissie hebben overgemaakt.

De voltallige Commissie wenst opnieuw uitdrukkelijk haar dank uit te spreken aan de administratieve personeelsleden die haar werden ter beschikking gesteld voor de registratie en de verwerking van de gegevens. Zij apprecieert hun toewijding en bekwaamheid.

2 Documenten die aan de Evaluatiecommissie bezorgd moeten worden

2.1 Het registratieformulier zwangerschapsafbreking

Deze versie van het formulier wordt gebruikt sinds 1/01/2022.

De te gebruiken codes bij vraag 3)a) staan vermeld op de achterzijde van het invulformulier.

REGISTRATIEFORMULIER ZWANGERSCHAPSafbREKING

(versie 2022)

Formulier (origineel) te zenden naar de Nationale Evaluatiecommissie betreffende de Zwangerschapsafbreking binnen de vier maanden na de zwangerschapsafbreking (zie ommezijde a.u.b.).

Onderhavig strookje wordt teruggezonden als ontvangsbewijs op volgend adres zoals door de arts gewenst:

Naam van de arts : Straat : P.N. + gemeente :	Stempel van de arts, datum + handtekening :	Naam + adres van de instelling :
-----------------------------------------------------	---------------------------------------------	----------------------------------

Voorbehouden aan de Evaluatiecommissie

Datum invoering:

Verwijsnummer:

Datum ontvangst:

Codenummer arts:

Codenummer instelling:

Voorbehouden aan de Evaluatiecommissie

Datum invoering:

Verwijsnummer:

Datum ontvangst:

Codenummer arts:

Codenummer instelling:

1) Datum

- a) aanvraag zwangerschapsafbreking:
- b) eerste gesprek met de voorlichtingsdienst:
- c) zwangerschapsafbreking:
- d) aantal weken amenorroe gecorrigeerd door echografie op het moment van de zwangerschapsafbreking

2) Vrouw

- a) leeftijd:
- b) geslacht 1. vrouw 2. andere
- c) burgerlijke staat:
 - 1. alleenstaande 4. weduwe
 - 2. gehuwd 5. wettelijk samenwonend
 - 3. gescheiden
- d) feitelijke situatie / leefsituatie:
 - 1. vrouw woont alleen
 - 2. vrouw woont als koppel
 - 3. vrouw woont bij de ouders of bij familielid
 - 4. andere situatie: _____
- e) 1. aantal kinderen van de vrouw:
- 2. aantal kinderen binnen het gezin:
- f) woonplaats :
 - 1. in België: postnummer invullen
 - 2. in buitenland: code 00 invullen
 - + land: _____
 - 3. zonder vaste woonplaats
 - 4. zonder verblijfsvergunning
 - 5. andere: _____
- g) geboorteland van de vrouw:
 - land : _____
 - bij geen melding van het land, code 999 invullen
- h) nationaliteit : _____
 - bij geen melding van het land, code 999 invullen

3) a) aangehaalde of waargenomen redenen voor de zwangerschapsafbreking

- (men mag max. 3 codes invullen - zie ommezijde)
- indien code 99, te preciseren:
-

b) Indien de zwangerschapsafbreking na 14 weken amenorroe uitgevoerd werd:

- 1) vermelding van het ernstig gevaar dat de voltooiing van de zwangerschap inhoudt voor de gezondheid van de vrouw: _____
- 2) uiterst zware kwaal waaraan het kind zou lijden indien het geboren wordt: deze uiterst zware kwaal wordt op het ogenblik van de diagnose als ongeneeslijk erkend: _____
- 3) welke methode van zwangerschapsafbreking werd hierbij toegepast: _____

4) Verklaring van de vrouw m.b.t. anticonceptie:

- a) heeft u een voorbehoedsmiddel gebruikt?
 - NEEN:** 01. geen; zwangerschap niet gewenst
 - 02. geen; zwangerschap wel gewenst
 - 03. geen; veronderstelde onvruchtbaarheid
 - 04. geen; man weigerde anticonceptie
 - 05. geen, andere: _____
- JA:** (er mogen max. 3 codes worden ingevuld)
 - 06. coitus interruptus 15. Sterilisatie man
 - 07. periodieke onthouding 16. sterilisatie vrouw
 - 08. Spermicide middelen 17. noodpil
 - 09. Pessarium 18. implant
 - 10. condoom 19. patch
 - 11. orale pil 20. Vaginale ring
 - 12. prikpil 21. N.F.P.: symptothermale methode
 - 13. koperspiraal 22. elektronische of digitale applicatie
 - 14. hormoonspiraal 23. andere anticonceptiva _____

- b) oorzaak van de zwangerschap:
 - 1. heeft geen anticonceptie toegepast (bij 01-05)
 - 2. anticonceptie onregelmatig of niet correct gebruikt
 - 3. anticonceptie heeft gefaald alhoewel goed gebruikt
 - 4. weet het niet

5) Methode van zwangerschapsafbreking :

- a) aard van de ingreep:
 - 1. medicamenteuze methode
 - 2. chirurgische ingreep (o.a. zuigcurettag)
 - 3. andere methode: _____
- b) verdoving:
 - 1. geen
 - 2. locale anesthesie
 - 3. loco-regionale (epidurale of spinale)
 - 4. volledige anesthesie
 - 5. andere: _____
- c) opnameduur:
 - 1. geen (ambulant)
 - 2. opname: 24 uur of minder
 - 3. opname: meer dan 24 uur

6) onmiddellijke medische verwikkelingen:

- 1. geen
- 2. geschat bloedverlies meer dan 500 ml
- 3. perforatie
- 4. cervixscheur
- 5. andere: _____

7) geeft de vrouw toestemming voor het versturen van een medisch verslag naar de behandelende arts?

- 1. ja
- 2. Neen

Adres:

**Nationale Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking - secretariaat
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu
Galileelaan 5/2 – 5^{de} verdieping – zone 35 te 1210 Brussel**

In Rubriek 3 a) 1, 2 of maximum 3 codenummers invullen.
Het opgeven van redenen voor de zwangerschapsafbreking is geen wettelijke vereiste meer, maar is wel essentieel om de maatschappelijke context te kennen en te begrijpen en om passende aanbevelingen te doen aan de wetgever om vrouwen beter te beschermen en te ondersteunen.

Persoonlijke redenen

- 00 De vrouw voelt zich te jong
- 01 De vrouw voelt zich te oud
- 02 De vrouw is alleenstaande
- 03 Momenteel geen kinderwens
- 04 De vrouw heeft geen kinderwens (wil nooit kinderen)
- 05 Voltooid gezin
- 06 Geslacht van de foetus

Relationele of familiale problemen

- 10. Relatie onlangs verbroken
- 11. Partner aanvaardt de zwangerschap niet
- 12. Occasionele relatie
- 13. Te recente relatie
- 14. Relatie buiten het koppel
- 15. Partnerrelatiemoeilijkheden
- 16. Relatieproblemen met entourage
- 17. Juridische problemen i.v.m. echtscheiding
- 18. Psychosociale problemen met kind(eren) van het gezin (geen medische)
- 19. Cultureel onaanvaardbaar

Financiële of materiële redenen

- 20. Financiële problemen
- 21. Werksituatie
- 22. Woonsituatie
- 23. Studente

Redenen omwille van geweldpleging of dwang

- 30. Verkrachting
- 31. Incest
- 32. Partnergeweld
- 33. Druk van de familie
- 34. Gedwongen moederschap

Redenen omwille van ideologische of filosofische overtuigingen

- 40. Ecologie
- 41. Mondiale demografie (bv. overbevolking)
- 42. Religieuze redenen

Redenen wegens gezondheid

- 50. Lichamelijke gezondheidsproblemen van de vrouw
- 51. Gezondheidsproblemen van de foetus
- 52. Toekomstige gezondheidsproblemen van het kind
- 53. Vrees voor de gezondheid van de foetus
- 54. Problemen van geestelijke gezondheid van de vrouw
- 55. Ernstige gezondheidsproblemen van een familielid

Andere redenen

- 60. Precaire administratieve situatie
- 99. Andere, te preciseren

2.2 Formulier 'Jaarlijks verslag van de instelling'

JAARLIJKS VERSLAG VAN DE INSTELLING

(Origineel te zenden naar de Evaluatiecommissie betreffende de zwangerschapsafbreking uiterlijk tegen 30 april van het jaar volgend waarop de informatie betrekking heeft).

Na ontvangst en registratie zal er u een gehandtekende kopie van dit verslag worden teruggezonden door de Evaluatiecommissie als ontvangstbewijs.

Naam en adres van de instelling waar de zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd :

.....

Datum, naam en handtekening van de verantwoordelijke directeur

.....

Stempel van de instelling

Voorbehouden aan de Evaluatiecommissie

Verwijsnummer :

Codenummer van de instelling :

Datum ontvangst :

Naam :

Datum invoering :

en handtekening secretaris:

Jaar waarop de informatie betrekking heeft (1 januari-31 december)

1. Aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking ingediend bij de
Instelling of bij artsen verbonden aan de instelling (1):

2. Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen :

waarvan na de termijn van 12 weken (=14 weken amenorroe) :

3. Totaal aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking dat werd afge-
wezen *(2) door de aan de instelling verbonden arts(en) dwz. de
verzoeken waaraan geen gevolg in uw instelling werd gegeven *(3) :

Dit verslag moet vergezeld zijn van een verslag van de voorlichtingsdienst
van de instelling en tijdig verzonden worden naar de
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu
Nationale Evaluatiecommissie voor Zwangerschapsafbreking – secretariaat
5^{de} verdieping – zone 35
Galileelaan 5/2
1210 BRUSSEL

*(1) (2) (3) cfr. handleiding als bijlage (zie verso)

HANDLEIDING BIJ HET VERSLAG VAN DE INSTELLING

- * (1) Dit wil zeggen : de verzoeken die aanleiding hebben gegeven tot het openen van een zwangerschapsdossier.
- (2) De term "afgewezen" kan één van de volgende betekenissen hebben :
- de vrouw komt niet naar de afspraak ;
 - geen informatie na het verzoek ;
 - de vrouw is niet zwanger op het moment van het verzoek ;
 - miskraam tijdens de wachtperiode ;
 - de aanvraag overschrijdt de termijn van twaalf weken en de vrouw wordt doorverwezen naar het buitenland ;
 - de zwangerschap is te ver gevorderd bij de eerste consultatie, of er is een overschrijding van 14 weken amenorroe na de 6 dagen wachttijd ;
 - de vrouw is doorverwezen naar een Belgisch ziekenhuis omwille van medische redenen of narcose ;
 - de vrouw is doorverwezen naar een ander centrum in België ;
 - de vrouw beslist de zwangerschap te voltooien ;
 - de vrouw is doorverwezen naar een adoptiedienst.
- * (3) Logischerwijze moet "punt 1 min punt 2 gelijk zijn aan punt 3".

2.3 Formulier 'Jaarlijks verslag van de voorlichtingsdienst'

JAARLIJKS VERSLAG VAN DE VOORLICHTINGSDIENST

(Origineel te zenden naar de Evaluatiecommissie betreffende de zwangerschapsafbreking uiterlijk tegen 30 april van het jaar volgend op dat waarop de informatie betrekking heeft)

Na ontvangst en registratie zal er u een gehandtekening kopie van dit verslag worden teruggezonden door de Evaluatiecommissie als ontvangstbewijs.

Naam en adres van de instelling waar de zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd:

.....
.....

Stempel van de instelling

Datum, naam en handtekening van de verantwoordelijke directeur:

.....

Voorbehouden aan de Evaluatiecommissie

Datum ontvangst :

Verwijsnummer :

Datum invoering :

Codenummer van de instelling :

Jaar waarop de informatie betrekking heeft (1 januari – 31 december)

1. Samenstelling van de dienst (met het oog op de toepassing van de wet op de zwangerschapsafbreking)

a) Aantal personen werkzaam in de voorlichtingsdienst

b) Kwalificatie van de diverse personeelsleden

juristen :

Aantal

psychologen :

maatschappelijke assistenten :

gezinsadviseurs :

artsen :

andere :.....

c) werking van de dienst, beschikbaarheid, toegankelijkheid, openingsuren, ruimtelijke inrichting, registratiemethoden, gebruikte documenten, ter hand gestelde informatie (eventuele nota's of documenten bijvoegen) :

.....

2. Totaal aantal raadplegingen van de voorlichtingsdienst i.f.v. problemen inzake zwangerschapsafbreking

3. Toegepaste opvang- en hulpmethoden (eventuele nota's of documenten bijvoegen):

a) vóór de zwangerschapsafbreking :

b) tijdens de zwangerschapsafbreking :

c) ná de zwangerschapsafbreking :

4. Zijn er gevallen van opvang en hulp waar u op wenst te wijzen ?

.....

Hebt u vanuit uw ervaring eventueel voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te Verbeteren ?

.....

3 Statistisch verslag

Voorafgaande opmerkingen bij dit statistisch verslag

- De rubriek “geen antwoord”, vermeld in de tabellen, betekent dat het registratiedocument van een zwangerschapsafbreking dat door de arts werd overgemaakt geen antwoord op de betrokken rubriek bevat.
- De rubriek “andere”, vermeld in de tabellen bij de ingeroepen noodsituaties, de anticonceptiemethoden, de methoden voor zwangerschapsafbreking, de verdoving en de verwikkelingen, wordt gedetailleerd toegelicht in BIJLAGE 1 (hoofdstuk 3.3.1).
- Bijkomende gegevens over de zwangerschapsafbrekingen na de periode van twaalf weken, worden verstrekt in BIJLAGE 2 (hoofdstuk 3.3.2).
- De statistische gegevens in dit tweejaarlijks verslag omvatten niet de gegevens van de registratiedocumenten die te laattijdig werden overgemaakt aan het secretariaat van de Evaluatiecommissie. Deze gegevens werden geregistreerd in een aparte database, namelijk 2022 BIS en 2023 BIS.
De laattijdigheid van deze registratieformulieren varieert tussen enkele maanden tot één of zelfs twee jaar.
- Het aantal laattijdige registratieformulieren wordt per jaartal opgenomen in punt 1 van de BESLUITEN (hoofdstuk 6.1).

Belangrijke opmerkingen

- Dit document gebruikt het woord "vrouw" (en de voornaamwoorden "zij" en "haar") om personen aan te duiden van wie het geslacht bij de geboorte vrouwelijk was, ongeacht hun genderidentiteit.
- De wettelijke termijn van 12 weken zwangerschap na conceptie stemt overeen met 14 weken zwangerschap amenorroe. De artsen registreren altijd een zwangerschapsduur in weken amenorroe, zoals vermeld op het registratieformulier zwangerschapsafbreking (versie 2022).
- In dit verslag komt het abortuscijfer meermaals aan bod, daar dit cijfer een veel correcter beeld geeft bij het vergelijken van gegevens omtrent zwangerschapsafbrekingen. Dit cijfer wordt ook gebruikt in meerdere Europese landen. Het abortuscijfer is het aantal abortussen per 1000 vrouwen van 15 tot en met 44 jaar (=vruchtbare leeftijd). Het abortuscijfer wordt bekomen door het aantal abortussen te vermenigvuldigen met 1000 en nadien te delen door het aantal gedomicilieerde vrouwen van 15 tot en met 44 jaar.
- Vanaf **2022** worden er, door het invullen van het nieuwe registratieformulier, extra demografische gegevens geregistreerd, met name:
 - de nationaliteit en het geboorteland van de vrouw (niet gekend: code 999);
 - de feitelijke situatie/leefsituatie van de vrouw: toevoeging van de optie “vrouw woont bij de ouders of bij familielid”;
 - “aantal kinderen waarvoor de vrouw zorg draagt”: vervangen door “aantal kinderen binnen het gezin”;
 - introductie van de notie “geslacht”.
- Zwangerschapsafbrekingen bij zeer jonge meisjes blijven uitzonderlijk. Vanaf het volgende rapport, zal het secretariaat systematisch de betrokken arts raadplegen bij iedere gemelde zwangerschapsafbreking bij een meisje jonger dan 14 jaar om te verifiëren dat het niet eerder gaat om een fout in de registratie (vermelding van het aantal weken amenorroe in plaats van de leeftijd van de vrouw).

- Het aantal zwangerschapsafbrekingen en het abortuscijfer zijn gedaald in 2020 en 2021, terwijl ze in de andere jaren stabiel zijn gebleven (abortuscijfer tussen 8 en 9). Hoewel de Commissie de precieze oorzaken van deze daling niet kan vaststellen zonder een grondige analyse, valt deze samen met de Covid 19-pandemie. In het kader van deze pandemie werden talrijke maatregelen genomen door de overheden, waaronder een zogenaamde lockdown.

De instellingen bleven abortuszorg verlenen aan de vrouwen, maar de toegang tot de zorg werd bemoeilijkt (heroriëntering van de ziekenhuisactiviteiten op antiviruzorg, noodzaak van een reisvergunning om de grens over te steken, soms langere wachttijden in de centra). De Commissie dringt er daarom op aan dat de overheden de nodige maatregelen nemen om ervoor te zorgen dat de toegang tot zorg in alle omstandigheden gewaarborgd is, ook in geval van een gezondheids crisis, en dat over de toegankelijkheid van deze zorg wordt gecommuniceerd.

De impact van de (maatregelen in het kader van) Covid 19-pandemie komt tot uiting in de evolutie van bepaalde cijfers gepresenteerd in dit rapport, onder andere het abortuscijfer (ligt in 2020 en 2021 ca. 0,7 lager dan de jaren ervoor en erna) (p. 20).

Uit de tabel op p. 19, die de evolutie (2008-2023) van het aantal zwangerschapsafbrekingen weergeeft per leeftijdscategorie, blijkt dat de daling in 2020 en 2021 voornamelijk tot uiting komt in de jongere leeftijdscategorieën: voor 15 tot 19-jarigen en 20 tot 24-jarigen ligt het aantal zwangerschapsafbrekingen in 2020-2021 ca. 15% lager dan het gemiddelde van de 2 jaren ervoor en de 2 jaren erna. In de groep van de 25 tot 29-jarigen ca. 11%. In de groep van 30 tot 34-jarigen is er een beperkte daling in 2020-2021 ten opzichte van 2018-2019 (-4%) – voor deze groep zien we wel een stijging in het aantal zwangerschapsafbrekingen in 2022 (+10%) en 2023 (+15%).

In 2022 en 2023 bezorgden een aantal ziekenhuizen en centra wél een jaarverslag aan de Evaluatiecommissie, maar ontving de Commissie geen registratieformulieren.

Op basis van de informatie in deze jaarverslagen (zie hoofdstuk 4 p. 87 en volgende), kunnen we afleiden dat in 2022 4 centra (Fr) en 4 ziekenhuizen (3 Fr en 1 NL) in totaal 662 registratiedocumenten (643 Fr en 19 NL) niet hebben ingediend. Voor 2023 hebben 2 centra (Fr) en 6 ziekenhuizen (5 Fr en 1 NL) 450 registratiedocumenten (430 Fr en 20 NL) niet ingediend.

Deze cijfers zijn niet opgenomen in de statistieken in hoofdstukken 3 en 7, omdat dit de resultaten zou vertekenen (we beschikken immers over geen enkel detail wat betreft deze zwangerschapsafbrekingen).

3.1 Beschrijving

3.1.1 Sociaal-demografische gegevens

3.1.1.1 Zwangerschapsafbrekingen naar de leeftijd van de vrouw

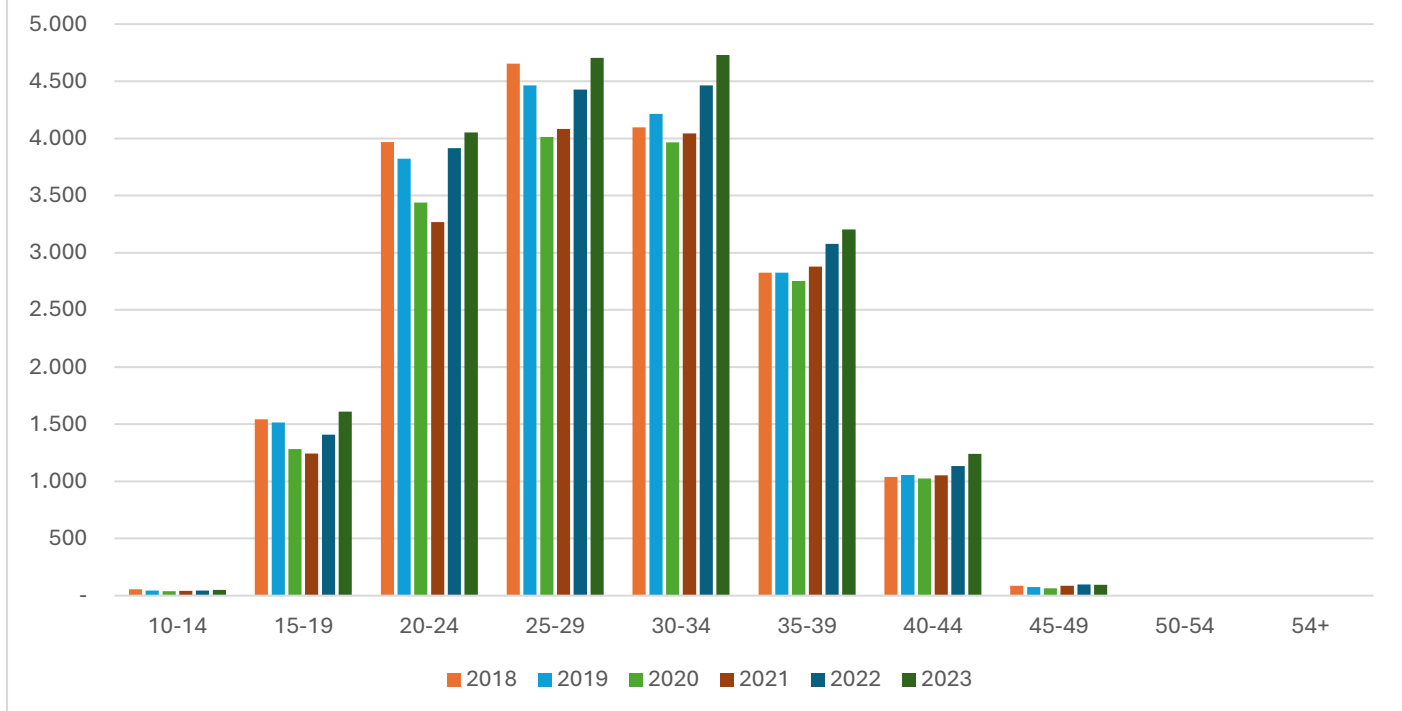
A. Algemene gegevens

leeftijd	aantal in 2022	percentage in 2022	aantal 2023	percentage in 2023
12	1	0,01%	1	0,01%
13	8	0,04%	9	0,05%
14	36	0,19%	33	0,17%
15	76	0,41%	91	0,46%
16	172	0,93%	169	0,86%
17	273	1,47%	310	1,57%
18	378	2,04%	448	2,28%
19	510	2,75%	594	3,02%
20	643	3,46%	695	3,53%
21	754	4,06%	738	3,75%
22	827	4,45%	817	4,15%
23	818	4,40%	894	4,54%
24	872	4,69%	908	4,61%
25	834	4,49%	932	4,73%
26	874	4,71%	942	4,79%
27	887	4,78%	935	4,75%
28	889	4,79%	949	4,82%
29	945	5,09%	947	4,81%
30	998	5,37%	1.051	5,34%
31	903	4,86%	950	4,83%
32	889	4,79%	1.000	5,08%
33	870	4,68%	893	4,54%
34	804	4,33%	840	4,27%
35	775	4,17%	799	4,06%
36	677	3,64%	732	3,72%
37	646	3,48%	656	3,33%
38	534	2,87%	549	2,79%
39	447	2,41%	468	2,38%
40	382	2,06%	397	2,02%
41	281	1,51%	333	1,69%
42	213	1,15%	254	1,29%
43	160	0,86%	175	0,89%
44	98	0,53%	81	0,41%
45	60	0,32%	50	0,25%
46	19	0,10%	26	0,13%
47	12	0,06%	13	0,07%
48	4	0,02%	5	0,03%
49	3	0,02%	1	0,01%
50	2	0,01%	1	0,01%
Totaal	18.574	100%	19.686	100%
Gemiddelde leeftijd	29,03 jaar		28,97 jaar	

B. Naar de leeftijd van de vrouw per leeftijdscategorie

leeftijdscategorie	2018	2019	2020	2021	2022	2023
10-14	55 (0,3%)	45 (0,2%)	39 (0,2%)	42 (0,3%)	45 (0,2%)	43 (0,2%)
15-19	1.544 (8,4%)	1.514 (8,4%)	1.283 (7,7%)	1.242 (7,4%)	1.409 (7,6%)	1.612 (8,2%)
20-24	3.968 (21,7%)	3.824 (21,2%)	3.440 (20,7%)	3.268 (19,6%)	3.914 (21,1%)	4.052 (20,6%)
25-29	4.655 (25,5%)	4.464 (24,8%)	4.013 (24,2%)	4.083 (24,4%)	4.429 (23,8%)	4.705 (23,9%)
30-34	4.097 (22,4%)	4.216 (23,4%)	3.965 (23,9%)	4.043 (24,2%)	4.464 (24%)	4.734 (24%)
35-39	2.826 (15,5%)	2.827 (15,7%)	2.753 (16,6%)	2.879 (17,2%)	3.079 (16,6%)	3.204 (16,3%)
40-44	1.039 (5,7%)	1.057 (5,9%)	1.026 (6,2%)	1.054 (6,3%)	1.134 (6,1%)	1.240 (6,3%)
45-49	87 (0,5%)	76 (0,4%)	65 (0,4%)	87 (0,5%)	98 (0,5%)	95 (0,5%)
50-54	1 (0%)	4 (0,02%)	1 (0,006%)	3 (0,02%)	2 (0,01%)	1 (0,005%)
54+	1 (0%)			1 (0,006%)		
Totaal	18.273 (100%)	18.027 (100%)	16.585 (100%)	16.702 (100%)	18.574 (100%)	19.686 (100%)

Aantal zwangerschapsafbrekingen naar leeftijdscategorie van de vrouw
(vanaf 2018)



Volgens de hieronder vermelde gegevens van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in Nederland), hebben gespecialiseerde ziekenhuizen in Nederland een aantal zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd bij vrouwen woonachtig in België:

- In 2022 werden 452 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd in Nederland¹;
- In 2023 werden 417 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd in Nederland².

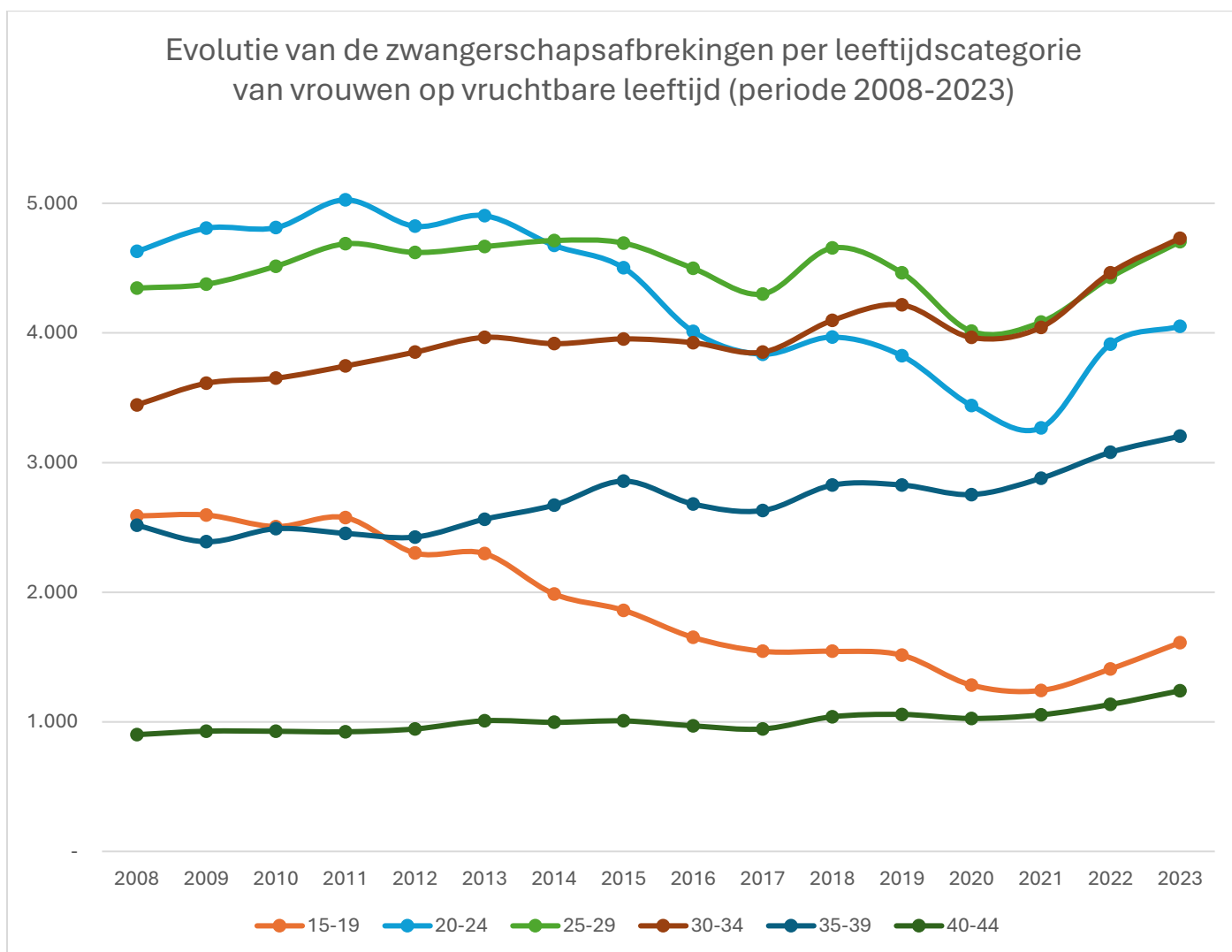
¹ Bron: Bijlage bij Jaarrapportage 2022 Wet afbreking zwangerschap (Wafz), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, oktober 2023 (<https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/jaarverslagen/2023/10/12/jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap-wafz-2022/Bijlage+Jaarrapportage+2022+Wet+afbreking+zwangerschap+Wafz.pdf>)

² Bron: Bijlage bij Jaarrapportage 2023 Wet afbreking zwangerschap (Wafz), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, november 2023 (<https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/rapporten/2024/11/06/jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap-2023/Bijlage+Jaarrapportage+2023+Wet+afbreking+zwangerschap+%28Wafz%29.pdf>)

C. Zwangerschapsafbrekingen per leeftijdscategorie van vrouwen op vruchtbare leeftijd (periode 2008-2023)

leeftijdscategorie	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
15-19	2.588	2.595	2.506	2.575	2.302	2.298	1.986	1.860
20-24	4.629	4.808	4.812	5.027	4.823	4.905	4.675	4.502
25-29	4.346	4.376	4.515	4.688	4.621	4.666	4.713	4.693
30-34	3.445	3.612	3.651	3.745	3.852	3.966	3.917	3.954
35-39	2.516	2.389	2.490	2.454	2.425	2.563	2.672	2.857
40-44	901	928	927	923	945	1.008	996	1.007
Totaal (15-44)	18.425	18.708	18.901	19.412	18.968	19.406	18.959	18.873

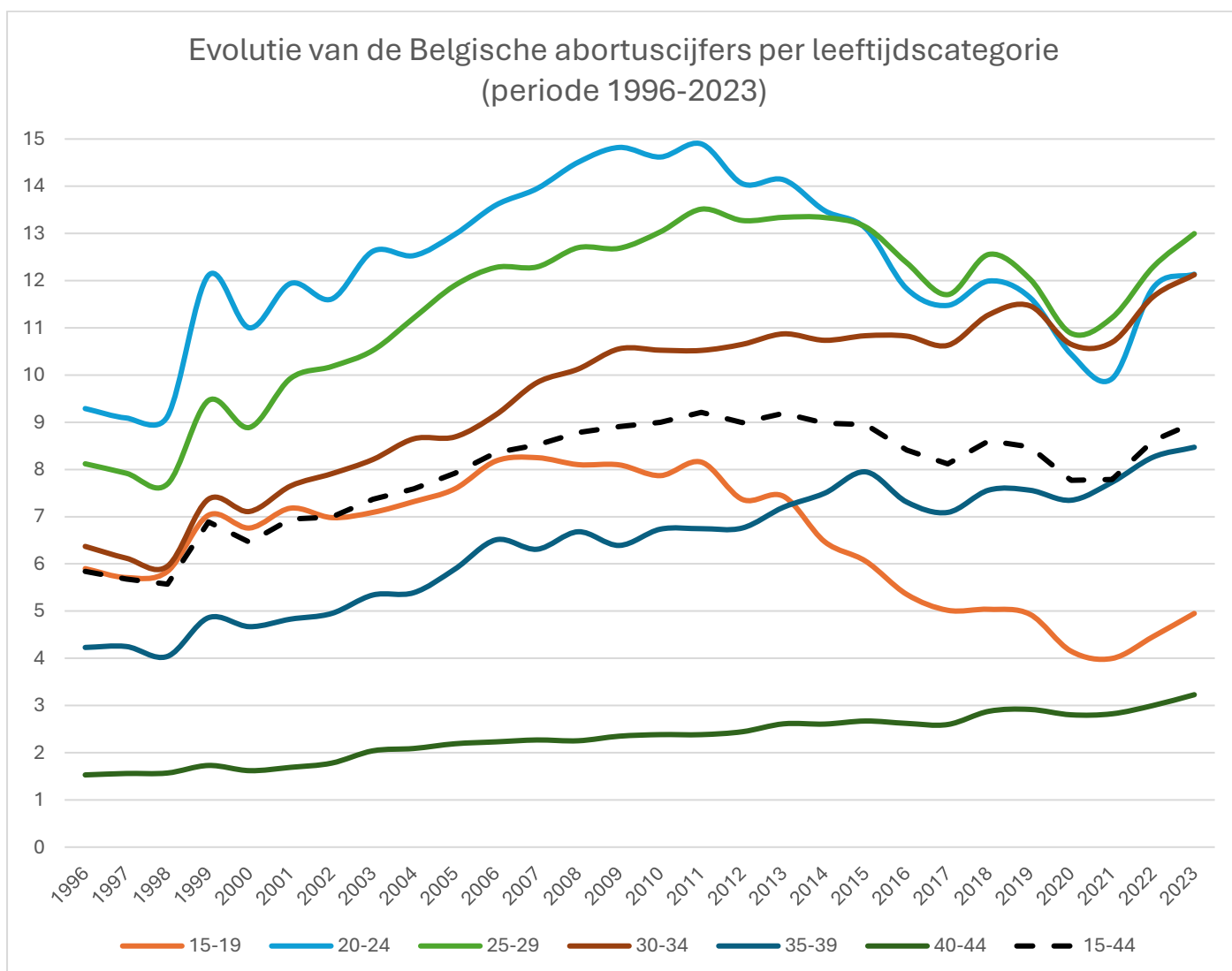
leeftijdscategorie	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
15-19	1.651	1.544	1.544	1.514	1.283	1.242	1.409	1.612
20-24	4.011	3.836	3.968	3.824	3.440	3.268	3.914	4.052
25-29	4.498	4.301	4.655	4.464	4.013	4.083	4.429	4.705
30-34	3.925	3.852	4.097	4.216	3.965	4.043	4.464	4.734
35-39	2.680	2.630	2.826	2.827	2.753	2.879	3.079	3.204
40-44	969	945	1.039	1.057	1.026	1.054	1.134	1.240
Totaal (15-44)	17.734	17.108	18.129	17.902	16.480	16.569	18.429	19.547



D. De abortuscijfers per leeftijdscategorie (periode 1996-2023)

leeftijdscategorie	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
15-19	5,9	5,71	5,84	7,03	6,76	7,18	6,98	7,09	7,32	7,59	8,18	8,25	8,10	8,10
20-24	9,29	9,09	9,12	12,11	11	11,94	11,61	12,62	12,53	12,98	13,6	13,95	14,51	14,82
25-29	8,12	7,92	7,69	9,46	8,89	9,93	10,18	10,52	11,21	11,9	12,28	12,29	12,70	12,69
30-34	6,37	6,12	5,95	7,37	7,11	7,65	7,91	8,21	8,65	8,69	9,16	9,84	10,13	10,56
35-39	4,23	4,25	4,04	4,86	4,67	4,83	4,95	5,34	5,39	5,89	6,51	6,31	6,68	6,39
40-44	1,53	1,56	1,57	1,73	1,62	1,69	1,78	2,04	2,09	2,19	2,23	2,27	2,25	2,35
Totaal (15-44)	5,84	5,68	5,57	6,89	6,46	6,95	6,99	7,37	7,59	7,92	8,36	8,52	8,78	8,91

leeftijdscategorie	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
15-19	7,87	8,16	7,36	7,43	6,47	6,06	5,35	5,02	5,04	4,93	4,15	4,00	4,45	4,95
20-24	14,62	14,90	14,05	14,14	13,48	13,11	11,83	11,48	11,99	11,64	10,44	9,92	11,83	12,13
25-29	13,03	13,51	13,27	13,34	13,34	13,14	12,38	11,70	12,56	12,03	10,88	11,22	12,27	12,99
30-34	10,53	10,52	10,65	10,87	10,74	10,83	10,82	10,63	11,28	11,47	10,65	10,69	11,65	12,11
35-39	6,73	6,75	6,76	7,20	7,50	7,95	7,31	7,09	7,56	7,56	7,35	7,73	8,25	8,46
40-44	2,38	2,38	2,45	2,61	2,61	2,67	2,62	2,60	2,88	2,92	2,80	2,82	3,00	3,22
Totaal (15-44)	9,00	9,21	8,99	9,19	8,98	8,95	8,41	8,12	8,61	8,48	7,77	7,79	8,60	8,98



3.1.1.2 Geslacht

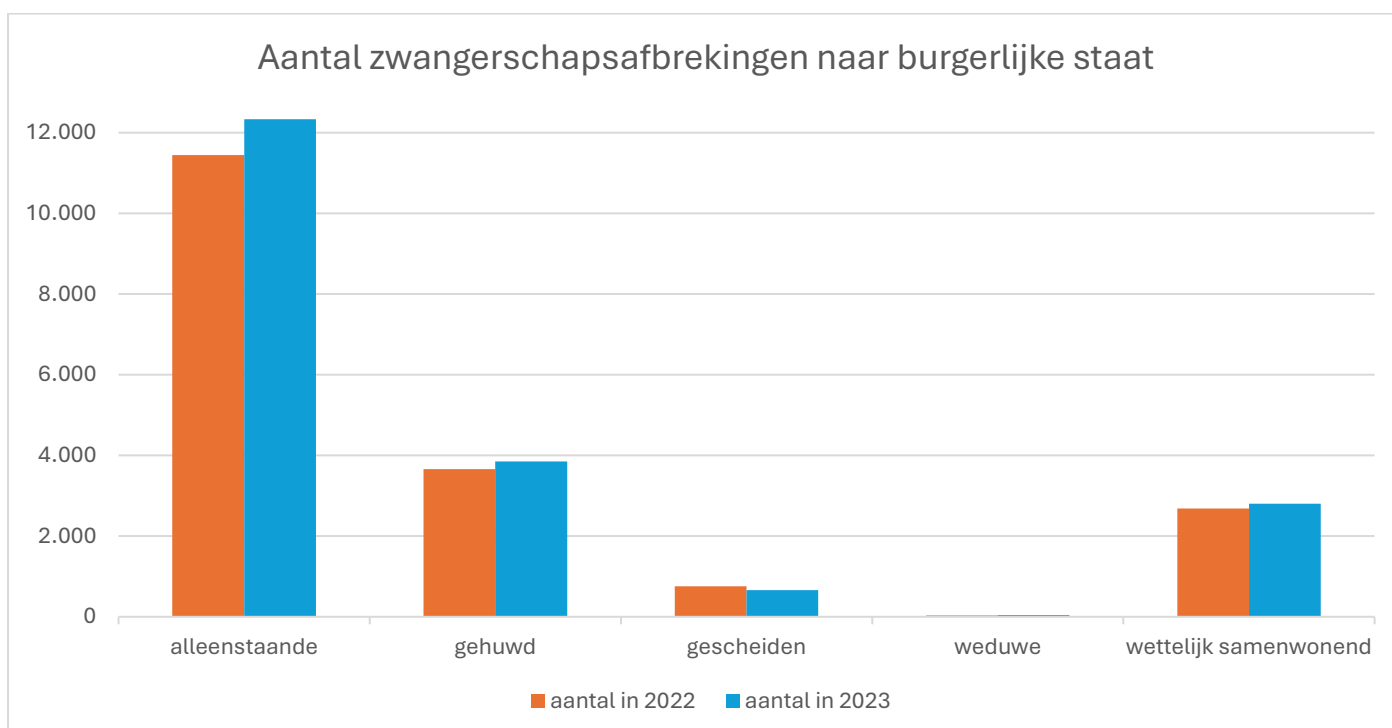
geslacht	aantal in 2022	aantal in 2023	percentage in 2022	percentage in 2023
vrouw	18.571	19.674	99,98%	99,94%
andere	3	12	0,02%	0,06%
Totaal	18.574	19.686	100%	100%

Deze rubriek werd toegevoegd aan het formulier versie 2022, immers: sinds 2018 kunnen transgenders officieel hun geslacht en voornaam veranderen zonder aan bepaalde medische voorwaarden te hoeven voldoen. Daarom kunnen zwangerschapsafbrekingsaanvragen worden ingediend door mensen die administratief gezien man zijn.

De “andere” vermeldingen die geregistreerd werden zijn telkens niet gespecificeerd (toelichtingsveld op het registratieformulier werd niet ingevuld).

3.1.1.3 Zwangerschapsafbrekingen naar burgerlijke staat

burgerlijke staat	aantal in 2022	aantal in 2023	percentage in 2022	percentage in 2023
alleenstaande	11.442	12.332	61,60%	62,64%
gehuwd	3.658	3.849	19,69%	19,55%
gescheiden	755	659	4,06%	3,35%
weduwe	34	42	0,18%	0,21%
wettelijk samenwonend	2.685	2.804	14,46%	14,24%
Totaal	18.574	19.686	100%	100%



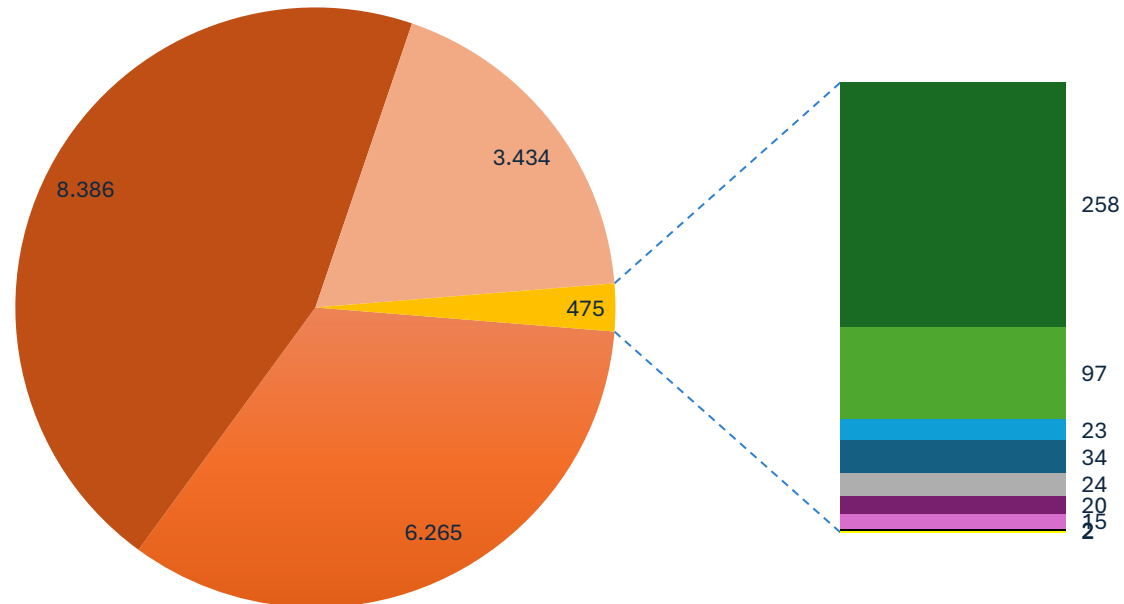
De officiële cijfers van de burgerlijke staat laten niet toe een juist beeld te vormen van de reële situatie van de patiënten.

Zo kan een vrouw met als burgerlijke staat “gehuwd”, kan met haar echtgenoot of met een andere partner samen leven, of als alleenstaande leven. Andersom kan een vrouw met als burgerlijke staat “ongetrouwd”, kan als koppel samenleven.

3.1.1.4 Zwangerschapsafbrekingen naar de leef-/woonsituatie

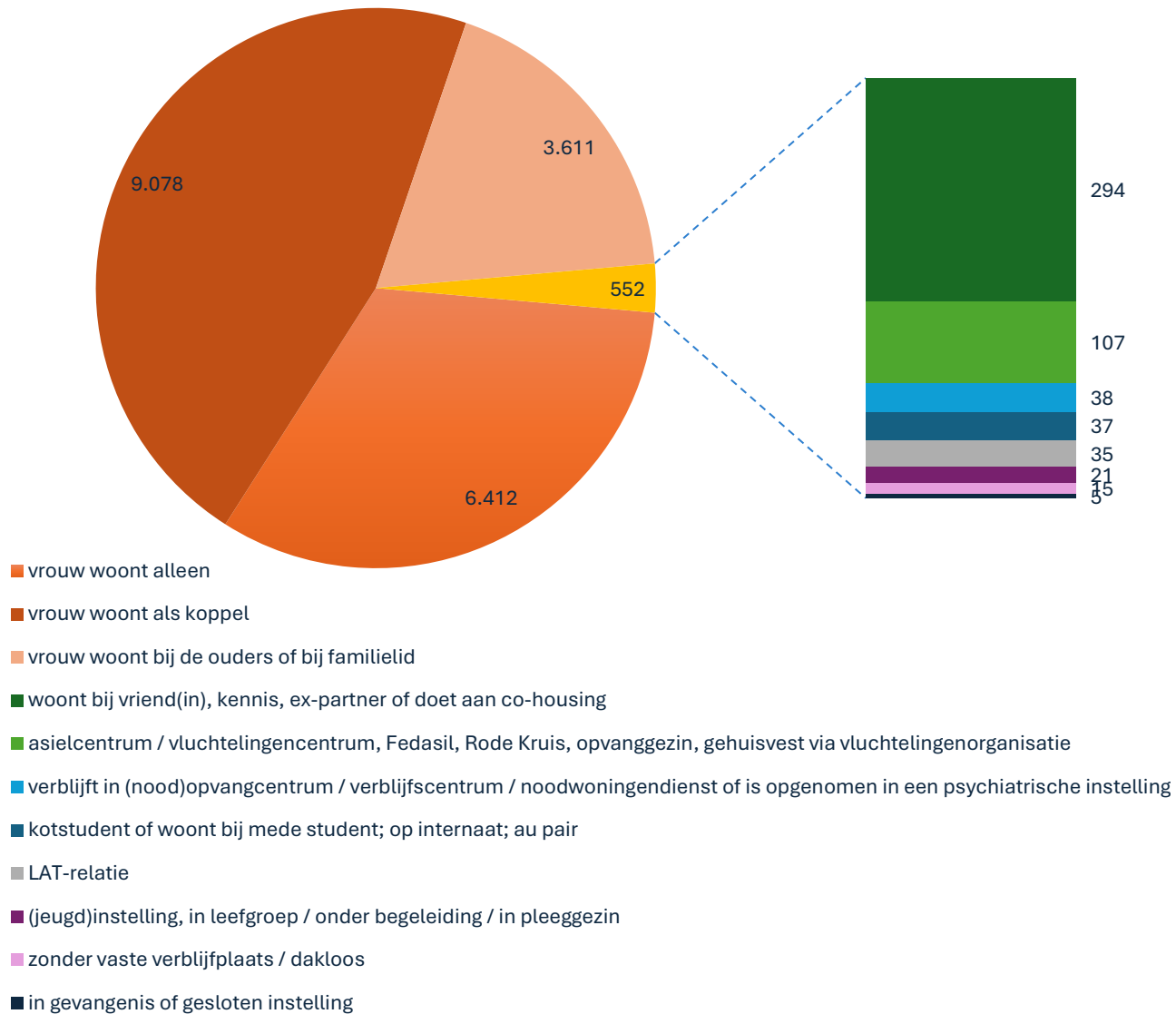
feitelijke leef-/woonsituatie	aantal in 2022	aantal in 2023	percentage in 2022	percentage in 2023
vrouw woont alleen	6.265	6.412	33,76%	32,63%
vrouw woont als koppel	8.386	9.078	45,18%	46,19%
vrouw woont bij de ouders of bij familielid	3.434	3.611	18,50%	18,37%
woont bij vriend(in), kennis, ex-partner of doet aan co-housing	258	294	1,39%	1,50%
asielcentrum / vluchtelingencentrum, Fedasil, Rode Kruis, opvanggezin, gehuisvest via vluchtelingenorganisatie	97	107	0,52%	0,54%
verblijft in (nood)opvangcentrum / verblijfscentrum / noodwoningendienst of is opgenomen in een psychiatrische instelling	23	38	0,12%	0,19%
kotstudent of woont bij mede student; op internaat; au pair	34	37	0,18%	0,19%
LAT-relatie	24	35	0,13%	0,18%
(jeugd)instelling, in leefgroep / onder begeleiding / in pleeggezin	20	21	0,11%	0,11%
zonder vaste verblijfplaats / dakloos	15	15	0,08%	0,08%
in gevangenis of gesloten instelling	2	5	0,01%	0,03%
toeriste	2		0,01%	
Subtotaal	18.560	19.653	100%	100%
geen melding, blanco of niet gekend	14	33		
Totaal	18.574	19.686		

Zwangerschapsafbrekingen naar leef-/woonsituatie 2022



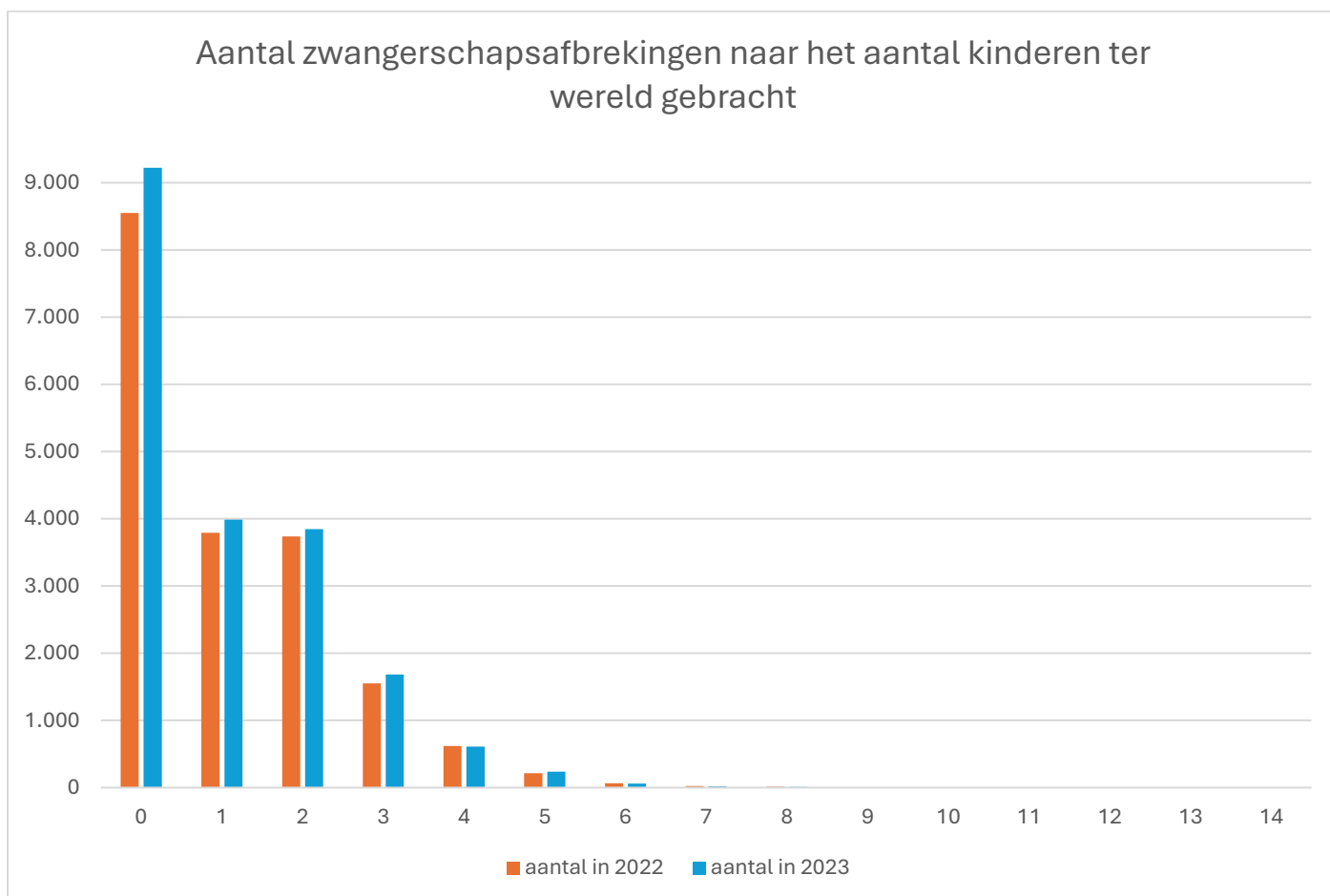
- vrouw woont alleen
- vrouw woont als koppel
- vrouw woont bij de ouders of bij familielid
- woont bij vriend(in), kennis, ex-partner of doet aan co-housing
- asielcentrum / vluchtelingencentrum, Fedasil, Rode Kruis, opvanggezin, gehuisvest via vluchtelingenorganisatie
- verblijft in (nood)opvangcentrum / verblijfscentrum / noodwoningendienst of is opgenomen in een psychiatrische instelling
- kotstudent of woont bij mede student; op internaat; au pair
- LAT-relatie
- (jeugd)instelling, in leefgroep / onder begeleiding / in pleeggezin
- zonder vaste verblijfplaats / dakloos
- in gevangenis of gesloten instelling
- toeriste

Zwangerschapsafbrekingen naar leef-/woonsituatie 2023



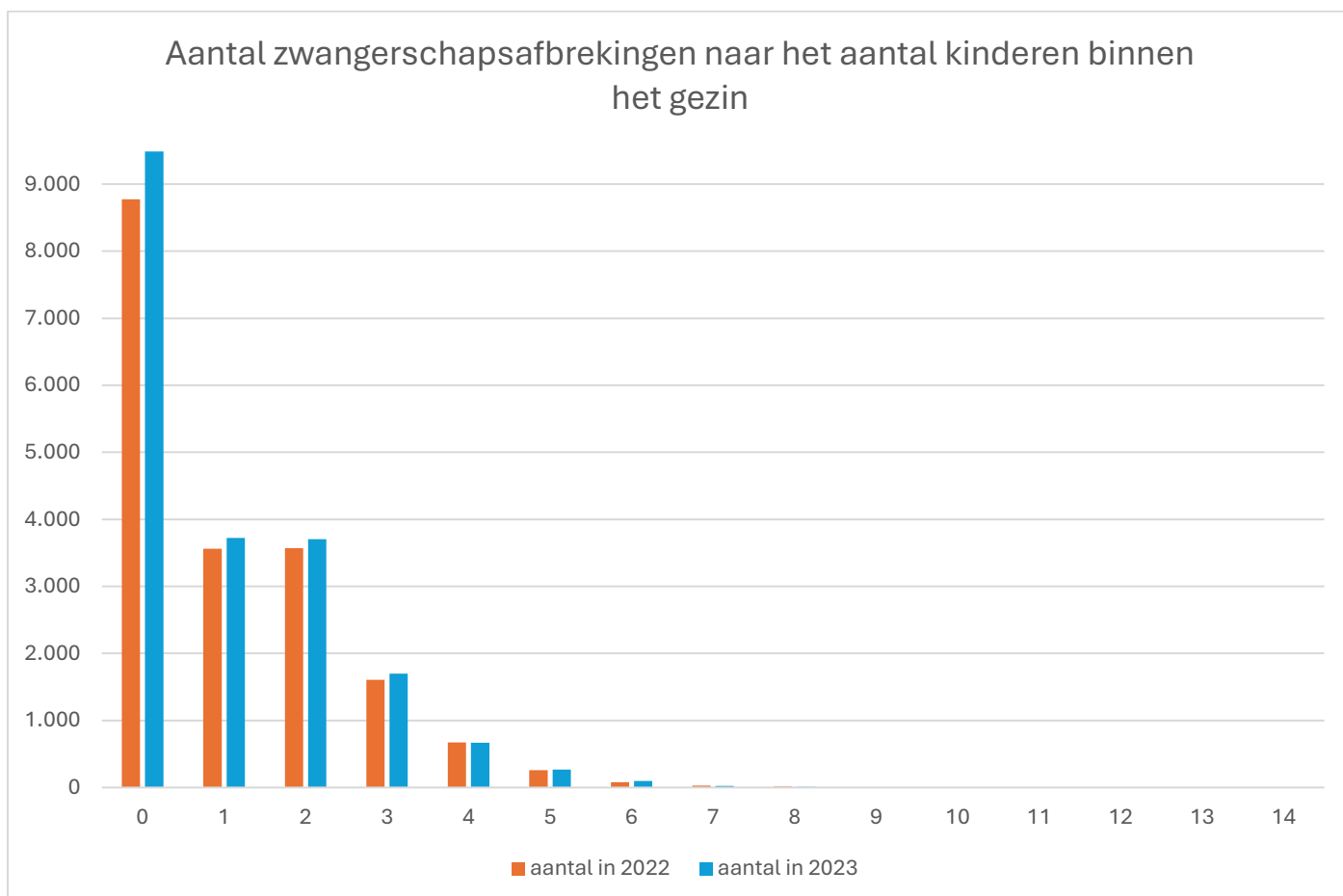
3.1.1.5 Zwangerschapsafbrekingen naar het aantal kinderen ter wereld gebracht

aantal kinderen ter wereld gebracht	aantal in 2022	aantal in 2023	percentage in 2022	percentage in 2023
0	8.552	9.223	46,0%	46,9%
1	3.791	3.989	20,4%	20,3%
2	3.735	3.845	20,1%	19,5%
3	1.551	1.684	8,4%	8,6%
4	619	608	3,3%	3,1%
5	217	238	1,2%	1,2%
6	66	61	0,36%	0,31%
7	23	20	0,12%	0,10%
8	15	9	0,08%	0,05%
9	2	3	0,01%	0,02%
10	2	4	0,01%	0,02%
11	1	0	0,01%	0,00%
12	0	0	0,00%	0,00%
13	0	0	0,00%	0,00%
14	0	2	0,00%	0,01%
Totaal	18.574	19.686	100,00%	100,00%



3.1.1.6 Zwangerschapsafbrekingen naar het aantal kinderen binnen het gezin³

aantal kinderen binnen het gezin	aantal in 2022	aantal in 2023	percentage in 2022	percentage in 2023
0	8.772	9.487	47,2%	48,2%
1	3.561	3.724	19,2%	18,9%
2	3.572	3.702	19,2%	18,8%
3	1.606	1.700	8,6%	8,6%
4	673	666	3,6%	3,4%
5	258	266	1,4%	1,4%
6	78	96	0,4%	0,5%
7	30	24	0,16%	0,12%
8	14	10	0,08%	0,05%
9	5	5	0,03%	0,03%
10	3	3	0,02%	0,02%
11	2	1	0,01%	0,01%
12	0	0	0,00%	0,00%
13	0	0	0,00%	0,00%
14	0	2	0,00%	0,01%
Totaal	18.574	19.686	100,00%	100,00%



³ Onder het “aantal kinderen binnen het gezin” moet worden verstaan: het aantal kinderen waarvoor de vrouw zorg draagt.
Verlag ten behoeve van het parlement - 2022-2023

3.1.1.7 Zwangerschapsafbrekingen naar de woonplaats

A. Algemene gegevens

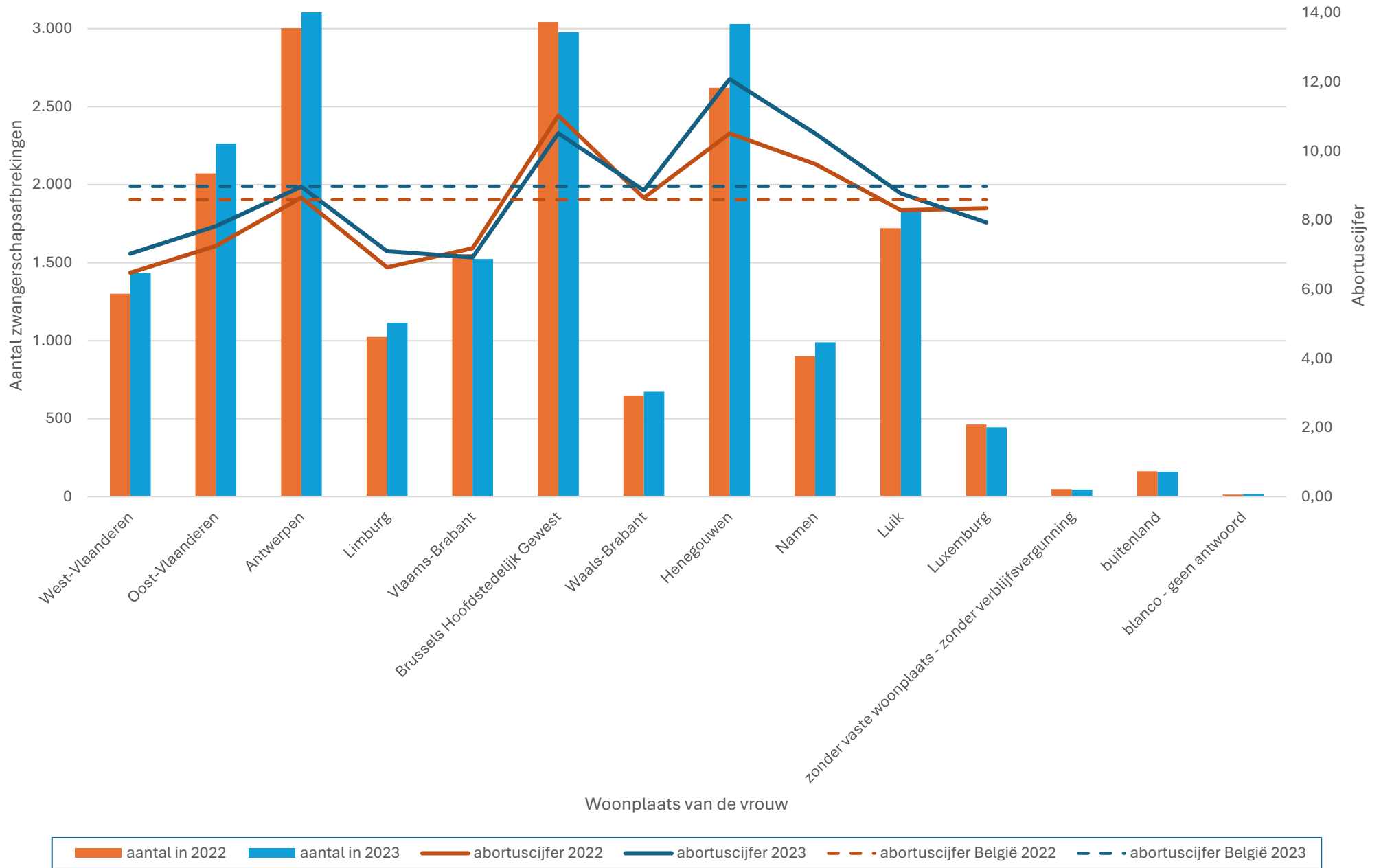
woonplaats	totaal aantal zwangerschapsafbrekingen				subgroep van vrouwen op vruchtbare leeftijd		abortuscijfer	
	aantal in 2022	aantal in 2023	% in 2022	% in 2023	aantal vrouwen op 01/01/2022	aantal vrouwen op 01/01/2023	2022	2023
West-Vlaanderen	1.301	1.434	7,1%	8,0%	199.940	202.903	6,51	7,07
Oost-Vlaanderen	2.072	2.263	11,3%	12,6%	282.278	287.111	7,34	7,88
Antwerpen	3.003	3.180	16,4%	17,6%	344.290	351.941	8,72	9,04
Limburg	1.024	1.115	5,6%	6,2%	153.496	155.545	6,67	7,17
Vlaams-Brabant	1.554	1.524	8,5%	8,5%	213.647	217.398	7,27	7,01
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	3.043	2.977	16,6%	16,5%	273.550	281.007	11,12	10,59
Waals-Brabant	648	672	3,5%	3,7%	74.213	74.886	8,73	8,97
Henegouwen	2.621	3.030	14,3%	16,8%	247.650	249.193	10,58	12,16
Namen	901	989	4,9%	5,5%	92.547	93.294	9,74	10,60
Luik	1.721	1.837	9,4%	10,2%	206.395	207.728	8,34	8,84
Luxemburg	462	444	2,5%	2,5%	54.731	55.451	8,44	8,01
Subtotaal	18.350	19.465	100%	100%	2.142.737	2.176.457	8,56	8,94
zonder vaste woonplaats - zonder verblijfsvergunning	48	45						
buitenland	163	159						
blanco - geen antwoord	13	17						
Totaal	18.574	19.686					8,67	9,04

In absolute cijfers, waren er het meeste vrijwillige zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen uit de provincies Antwerpen, Henegouwen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Wanneer rekening gehouden wordt met de bevolkingsdichtheid en het aantal vrouwen op vruchtbare leeftijd, blijkt dat Henegouwen, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Namen het hoogste abortuscijfer hebben. Het abortuscijfer in Antwerpen wijkt weinig af van het Belgische abortuscijfer.

Deze cijfers dienen met de nodige omzichtigheid benaderd te worden. De Evaluatiecommissie wijst erop dat deze cijfers een weergave zijn van wat geregistreerd werd. Dit kan afwijken van de werkelijke cijfers.

Aantal zwangerschapsafbrekingen naar woonplaats van de vrouw



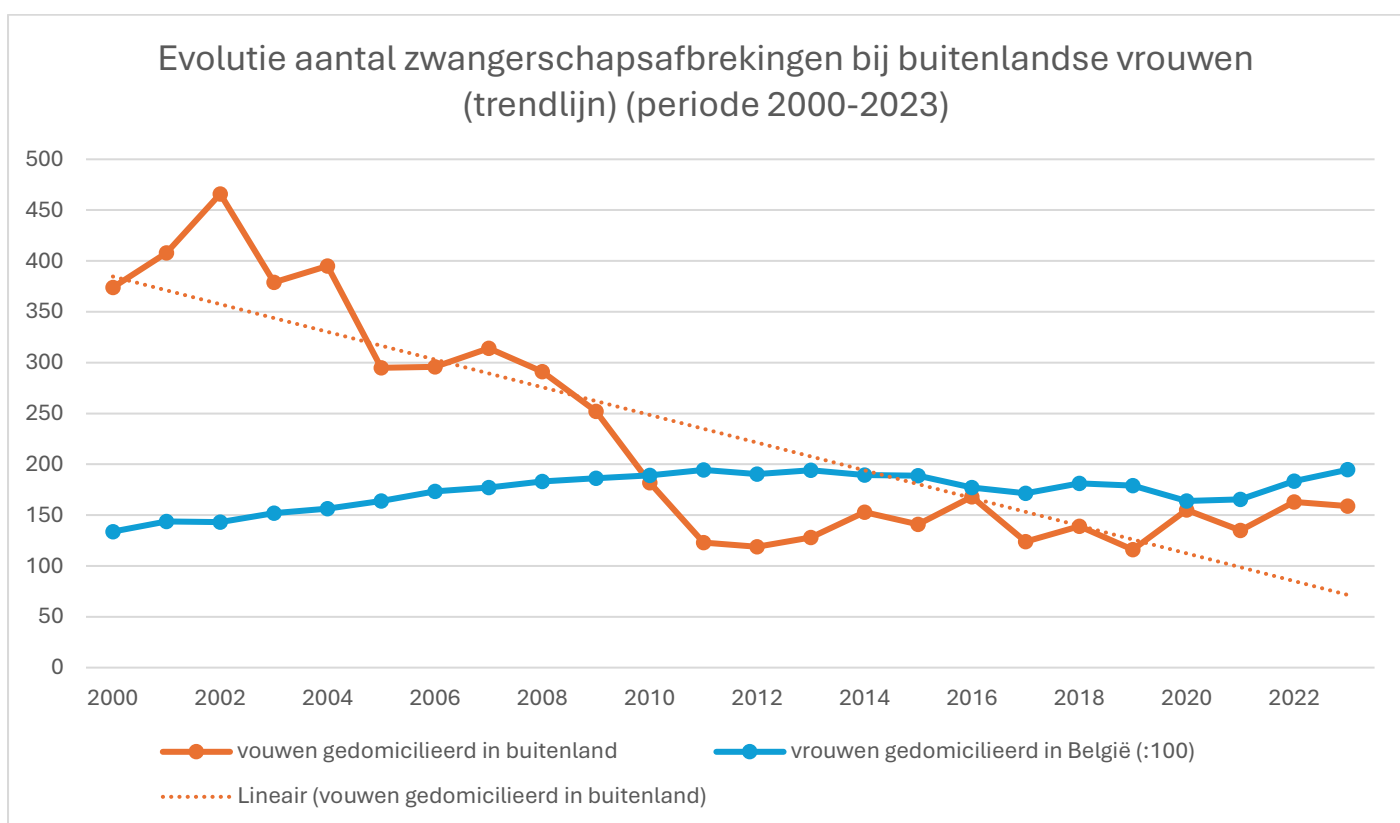
B. Vrouwen gedomicilieerd in het buitenland: indeling per geboorteland in Europa en per continent

geboortecontinent en -land (indien Europa)	aantal in 2022
Europa	127
België	41
Frankrijk	30
Roemenië	6
Nederland	6
Italië	6
Spanje	5
Polen	4
Luxemburg	4
Oekraïne	3
Portugal	3
Hongarije	3
Bulgarije	2
Albanië	2
Rusland	2
Moldavië	2
Turkije	1
Duitsland	1
Malta	1
Servië	1
Denemarken	1
Tsjechische Republiek	1
Finland	1
Letland	1
Afrika	15
Azië	4
Amerika	8
Oceanië	0
Onbekend	9
Totaal	163

aantal in 2023	geboortecontinent en -land (indien Europa)
109	Europa
33	België
25	Frankrijk
14	Polen
7	Roemenië
6	Bulgarije
4	Nederland
3	Ierland
2	Oekraïne
2	Albanië
2	Italië
2	Luxemburg
2	Portugal
2	Slowakije
2	Turkije
1	Duitsland
1	Hongarije
1	Kroatië
15	Afrika
10	Azië
6	Amerika
1	Oceanië
18	Onbekend
159	Totaal

C. Evolutie van het aantal zwangerschapsafbrekingen van vrouwen gedomicilieerd in België t.o.v. in het buitenland gedomicilieerde vrouwen

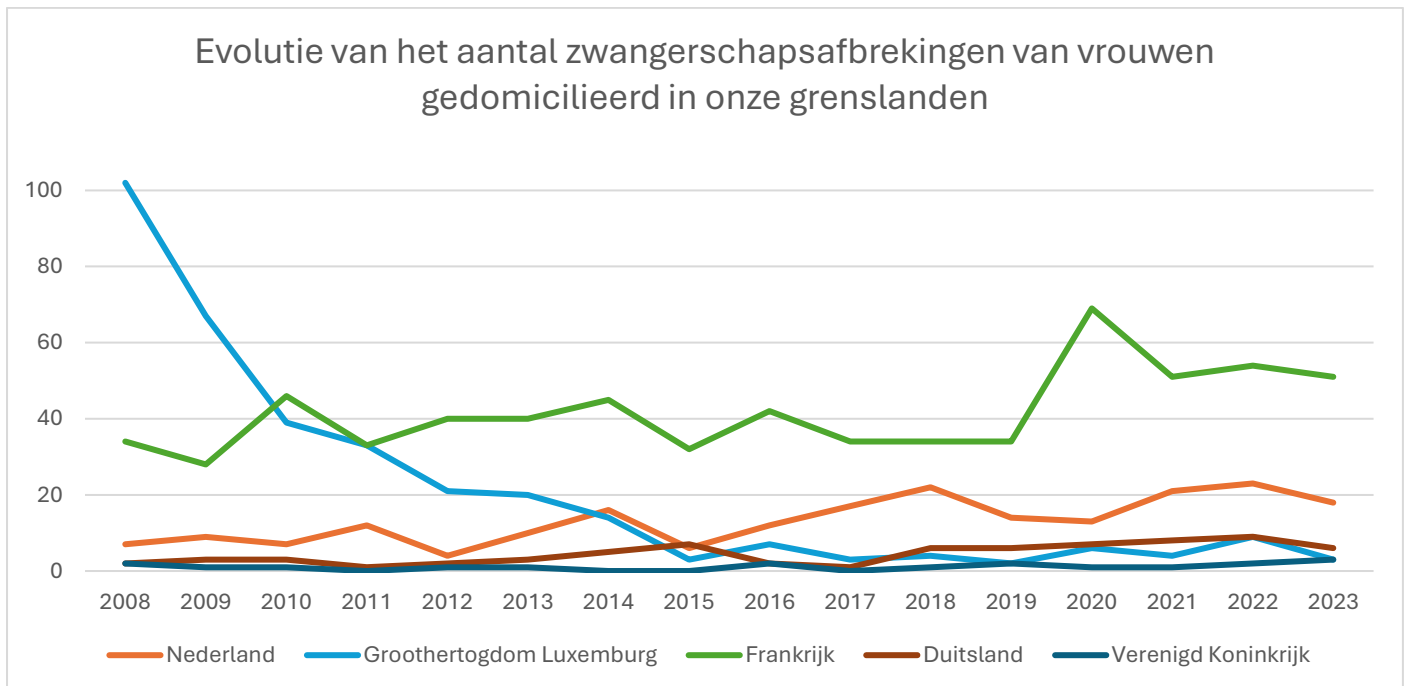
jaar	totaal aantal zwangerschapsafbrekingen	vrouwen gedomicilieerd in buitenland	Belgische vrouwen	niet bekend	zonder woonplaats / zonder verblijfsvergunning / als vluchteling geregistreerd
2000	13.762	374	13.382	6	-
2001	14.775	408	14.361	6	-
2002	14.791	466	14.317	8	-
2003	15.595	379	15.203	13	-
2004	16.024	395	15.623	6	-
2005	16.696	295	16.400	1	-
2006	17.640	296	17.344	0	-
2007	18.033	314	17.719	0	-
2008	18.595	291	18.304	0	-
2009	18.870	252	18.618	0	-
2010	19.095	182	18.913	0	-
2011	19.578	123	19.455	0	-
2012	19.155	119	19.036	0	-
2013	19.551	128	19.423	0	-
2014	19.107	153	18.954	0	-
2015	19.013	141	18.872	0	-
2016	17.878	168	17.710	0	-
2017	17.257	124	17.133	0	-
2018	18.273	139	18.134	0	-
2019	18.027	116	17.911	0	-
2020	16.585	155	16.404	1 (staatloos)	25
2021	16.702	135	16.535	0	32
2022	18.574	163	18.350	13	48
2023	19.686	159	19.465	17	45



D. Evolutie van het aantal zwangerschapsafbrekingen van vrouwen gedomicilieerd in onze grenslanden

grensland	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nederland	7	9	7	12	4	10	16	6
Groothertogdom Luxemburg	102	67	39	33	21	20	14	3
Frankrijk	34	28	46	33	40	40	45	32
Duitsland	2	3	3	1	2	3	5	7
Verenigd Koninkrijk	2	1	1	0	1	1	0	0
Totaal grenslanden	147	108	96	79	68	74	80	48
Rest van Europa	68	68	51	30	29	34	45	61
Totaal Europa	215	176	147	109	97	108	125	109
Totaal wereldwijd	291	252	182	123	119	128	153	141

grensland	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nederland	12	17	22	14	13	21	23	18
Groothertogdom Luxemburg	7	3	4	2	6	4	9	3
Frankrijk	42	34	34	34	69	51	54	51
Duitsland	2	1	6	6	7	8	9	6
Verenigd Koninkrijk	2	0	1	2	1	1	2	3
Totaal grenslanden	65	55	67	58	96	85	97	81
Rest van Europa	47	42	46	35	30	34	47	45
Totaal Europa	112	97	113	93	126	119	144	124
Totaal wereldwijd	168	124	139	116	155	135	162	159



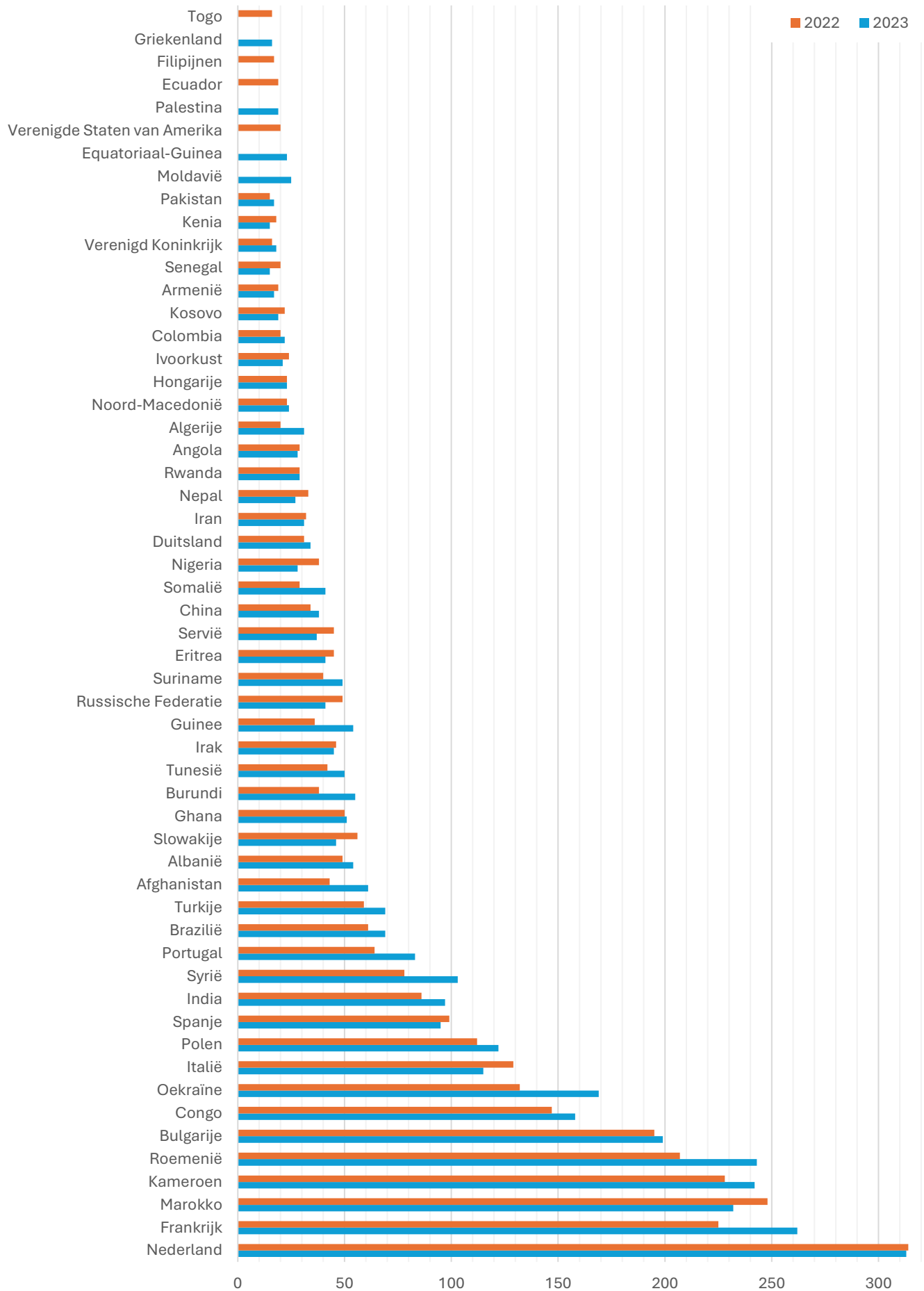
Grensland	2022	waarvan vrouwen met Belgische nationaliteit (2022)	2023	waarvan vrouwen met Belgische nationaliteit (2023)
Nederland	23	8	18	8
Groothertogdom Luxemburg	9	2	3	1
Frankrijk	54	19	50	15
Duitsland	9	9	6	1
Verenigd Koninkrijk	2	2	3	1
Totaal grenslanden	97	40	80	26

E. Meest voorkomende nationaliteiten van de buitenlandse vrouwen die in België wonen

nationaliteit	2022
Nederland	314
Marokko	248
Kameroen	228
Frankrijk	225
Roemenië	207
Bulgarije	195
Congo	147
Oekraïne	132
Italië	129
Polen	112
Spanje	99
India	86
Syrië	78
Portugal	64
Brazilië	61
Turkije	59
Slowakije	56
Ghana	50
Albanië	49
Russische Federatie	49
Irak	46
Eritrea	45
Servië	45
Afghanistan	43
Tunesië	42
Suriname	40
Nigeria	38
Burundi	38
Guinee	36
China	34
Nepal	33
Iran	32
Duitsland	31
Angola	29
Somalië	29
Rwanda	29
Ivoorkust	24
Hongarije	23
Noord-Macedonië	23
Kosovo	22
Senegal	20
Algerije	20
Colombia	20
Verenigde Staten van Amerika	20
Armenië	19
Ecuador	19
Kenia	18
Filipijnen	17
Verenigd Koninkrijk	16
Togo	16
Pakistan	15

2023	nationaliteit
313	Nederland
262	Frankrijk
243	Roemenië
242	Kameroen
232	Marokko
199	Bulgarije
169	Oekraïne
158	Congo
122	Polen
115	Italië
103	Syrië
97	India
95	Spanje
83	Portugal
69	Brazilië
69	Turkije
61	Afghanistan
55	Burundi
54	Guinee
54	Albanië
51	Ghana
50	Tunesië
49	Suriname
46	Slowakije
45	Irak
41	Eritrea
41	Somalië
41	Russische Federatie
38	China
37	Servië
34	Duitsland
31	Iran
31	Algerije
29	Rwanda
28	Nigeria
28	Angola
27	Nepal
25	Moldavië
24	Noord-Macedonië
23	Hongarije
23	Equatoriaal-Guinea
22	Colombia
21	Ivoorkust
19	Palestina
19	Kosovo
18	Verenigd Koninkrijk
17	Armenië
17	Pakistan
16	Griekenland
15	Senegal
15	Kenia

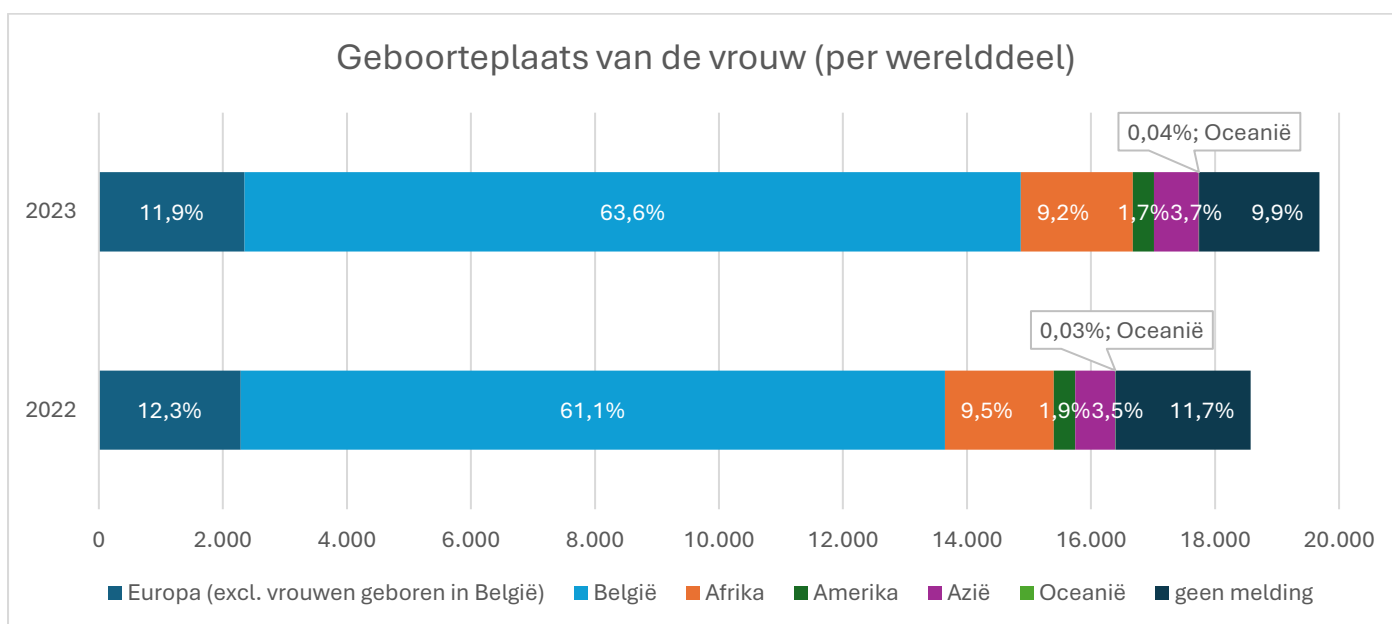
Meest voorkomende nationaliteiten (zwangerschapsafbrekingen bij buitenlandse vrouwen die in België wonen)



F. Geboorteland van de vrouw: indeling per werelddeel

geboorteland	2022	2023	percentage in 2022	percentage in 2023
Europa ⁴ (excl. vrouwen geboren in België)	2.288	2.351	12,3%	11,9%
België	11.355	12.518	61,1%	63,6%
Afrika	1.758	1.805	9,5%	9,2%
Amerika	344	342	1,9%	1,7%
Azië	645	720	3,5%	3,7%
Oceanië	5	8	0,03%	0,04%
geen melding	2.179	1.942	11,7%	9,9%
Totaal	18.574	19.686	100%	100%

Van de respectievelijk 163 (2022) en 159 (2023) in het buitenland gedomicilieerde vrouwen die in België een zwangerschapsafbreking lieten uitvoeren, zijn er 41 (2022) en 33 (2023) in België geboren. De overige 122 (2022) / 126 (2023) zijn in het buitenland geboren. Voor meer info: zie tabel op p. 29.

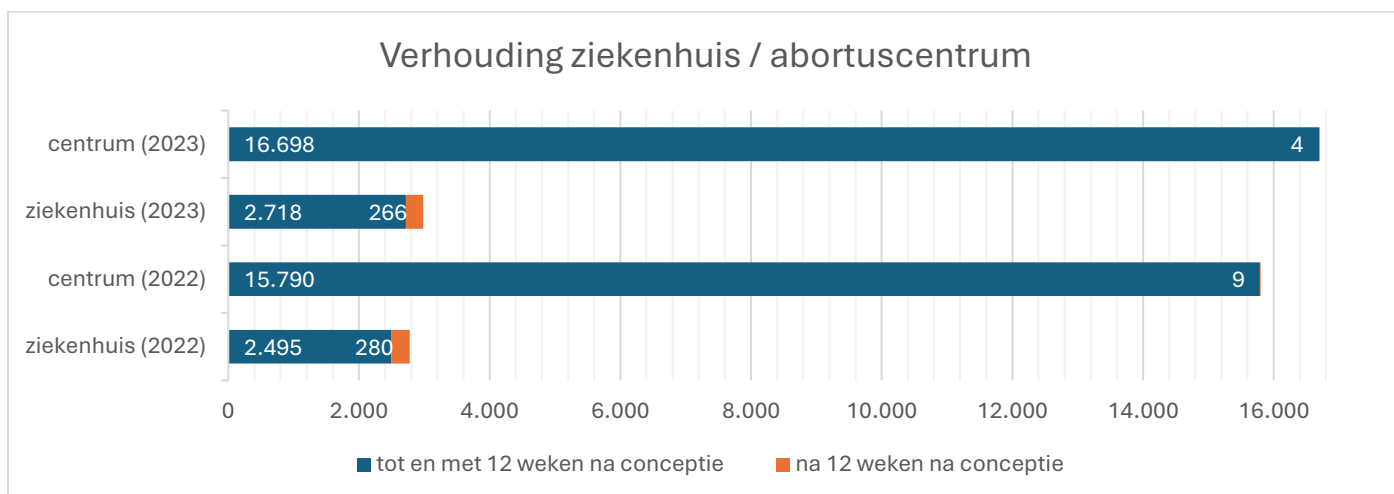


⁴ Turkije, Armenië, Georgië, Kazachstan en Azerbeidzjan liggen zowel in Europa als in Azië. De vrouwen met deze landen als geboorteland (159 in 2022; 171 in 2023) zijn in deze tabel bij Europa gerekend.

3.1.1.8 Instelling waar de zwangerschapsafbreking plaatsvindt

A. Centrum of ziekenhuis volgens het aantal weken zwangerschapsduur na conceptie

Instelling	2022			2023		
	aantal tot en met 12 weken na conceptie	aantal na 12 weken na conceptie	totaal	aantal tot en met 12 weken na conceptie	aantal na 12 weken na conceptie	totaal
ziekenhuis	2.495 (14%)	280 (97%)	2.775 (15%)	2.718 (14%)	266 (99%)	2.984 (15%)
centrum	15.790 (86%)	9 (3%)	15.799 (85%)	16.698 (86%)	4 (1%)	16.702 (85%)
Totaal	18.285 (100%)	289 (100%)	18.574 (100%)	19.416 (100%)	270 (100%)	19.686 (100%)

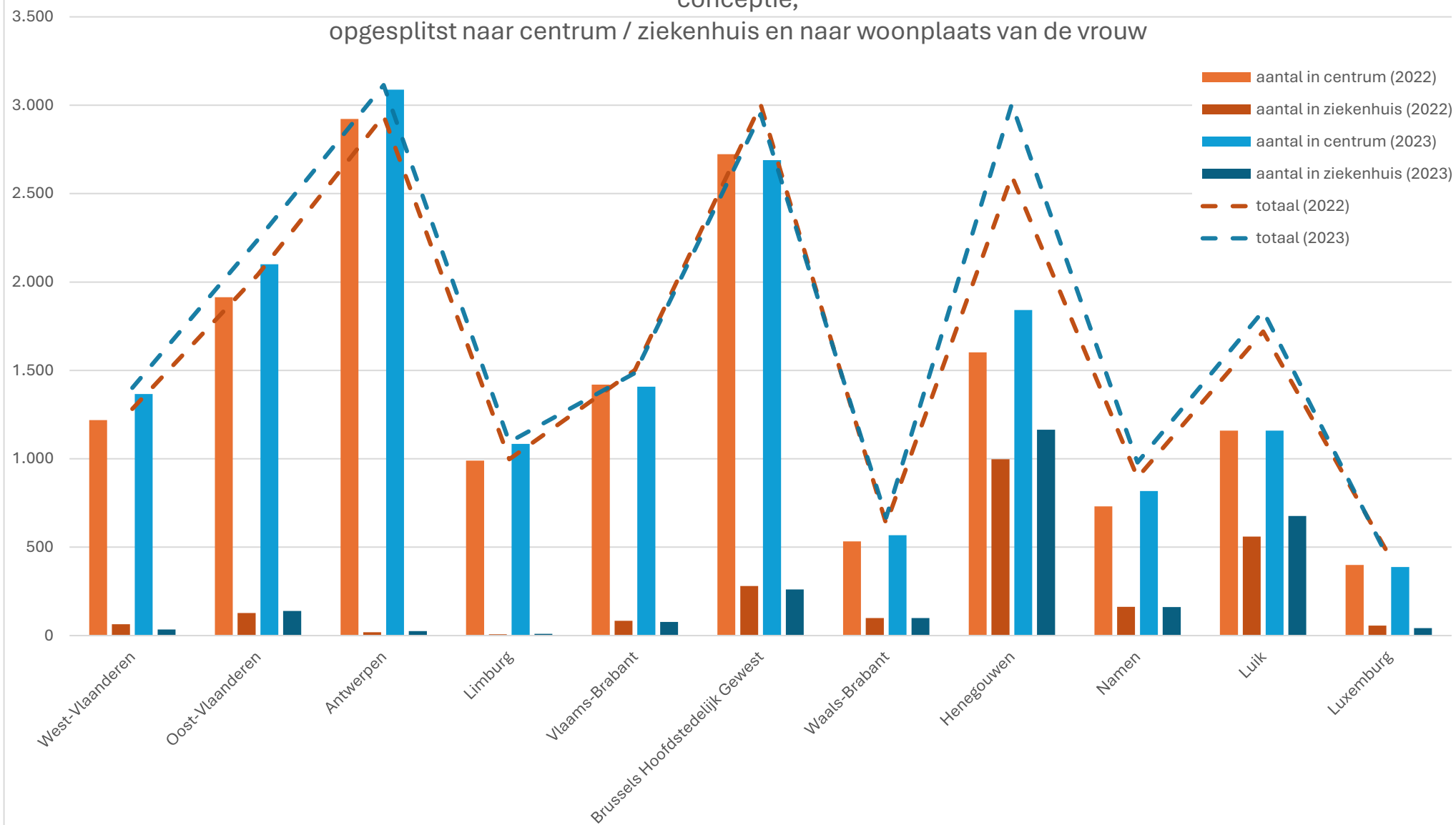


B. Centrum of ziekenhuis, na een zwangerschapsduur van maximum 12 weken na conceptie, naar de woonplaats van de vrouw

Woonplaats	2022			2023		
	aantal in centrum	aantal in ziekenhuis	totaal	aantal in centrum	aantal in ziekenhuis	totaal
West-Vlaanderen	1.219	64	1.283	1.367	34	1.401
Oost-Vlaanderen	1.914	128	2.042	2.101	139	2.240
Antwerpen	2.922	19	2.941	3.088	26	3.114
Limburg	990	8	998	1.085	10	1.095
Vlaams-Brabant	1.419	84	1.503	1.408	77	1.485
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	2.723	281	3.004	2.689	261	2.950
Waals-Brabant	533	99	632	568	99	667
Henegouwen	1.602	998	2.600	1.842	1.164	3.006
Namen	731	163	894	818	161	979
Luik	1.160	560	1.720	1.160	677	1.837
Luxemburg	400	57	457	388	42	430
Subtotaal	15.613	2.461	18.074	16.514	2.690	19.204
zonder vaste woonplaats - zonder verblijfsvergunning	41	7	48	43	2	45
blanco - geen antwoord	13	0	13	14	3	17
buitenlands	123	27	150	127	23	150
Algemeen totaal	15.790	2.495	18.285	16.698	2.718	19.416
na 12 weken ⁵	9	280	289	4	266	270
Eindtotaal	15.799	2.775	18.574	16.702	2.984	19.686

⁵ ongeacht de woonplaats van de vrouw (in 2022 ging het om 13 vrouwen gedomicilieerd in het buitenland, in 2023 ging het om 9 vrouwen gedomicilieerd in het buitenland)

Uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen na een zwangerschapsduur van maximaal 12 weken na conceptie,
opgesplitst naar centrum / ziekenhuis en naar woonplaats van de vrouw



3.1.2 Psychosociale gegevens: aangehaalde of waargenomen redenen⁶ voor de zwangerschapsafbreking

code op het registratieformulier	aangehaalde of waargenomen redenen voor de zwangerschapsafbreking	2022	2023
Persoonlijke redenen		13.425 (72,5%)	14.893 (75,5%)
0	De vrouw voelt zich te jong	1.966 (11%)	1.987 (10%)
1	De vrouw voelt zich te oud	445 (2%)	468 (2%)
2	De vrouw is alleenstaande	259 (1%)	324 (2%)
3	Momenteel geen kinderwens	7.658 (41%)	8.751 (44%)
4	De vrouw heeft geen kinderwens (wil nooit kinderen)	744 (4%)	658 (3%)
5	Voltooid gezin	3.319 (18%)	3.669 (19%)
6	Geslacht van de foetus	73 (0,4%)	30 (0,2%)
Relationele of familiale problemen		4.037 (21,5%)	4.053 (20,5%)
10	Relatie onlangs verbroken	1.009 (5%)	950 (5%)
11	Partner aanvaardt de zwangerschap niet	429 (2%)	435 (2%)
12	Occasionele relatie	691 (4%)	666 (3%)
13	Te recente relatie	962 (5%)	1.092 (6%)
14	Relatie buiten het koppel	263 (1%)	222 (1%)
15	Partnerrelatiemoeilijkheden	695 (4%)	695 (4%)
16	Relatieproblemen met entourage	68 (0,4%)	59 (0,3%)
17	Juridische problemen i.v.m. echtscheiding	35 (0,2%)	42 (0,2%)
18	Psychosociale problemen met kind(eren) van het gezin (geen medische)	42 (0,2%)	42 (0,2%)
19	Cultureel onaanvaardbaar	165 (1%)	149 (1%)
Financiële of materiële redenen		2.888 (15,5%)	2.860 (14,5%)
20	Financiële problemen	830 (4%)	785 (4%)
21	Werksituatie	833 (4%)	807 (4%)
22	Woonsituatie	477 (3%)	520 (3%)
23	Studente	1.208 (7%)	1.201 (6%)
Redenen omwille van geweldpleging of dwang		228 (1%)	255 (1,5%)
30	Verkrachting	81 (0,4%)	84 (0,4%)
31	Incest	2 (0,01%)	2 (0,01%)
32	Partnergeweld	121 (1%)	143 (1%)
33	Druk van de familie	23 (0,1%)	24 (0,1%)
34	Gedwongen moederschap	6 (0,03%)	11 (0,1%)
Redenen omwille van ideologische of filosofische overtuigingen		97 (0,5%)	88 (0,5%)
40	Ecologie	14 (0,1%)	11 (0,1%)
41	Mondiale demografie (bv; overbevolking)	6 (0,03%)	13 (0,1%)
42	Religieuze redenen	78 (0,4%)	68 (0,3%)
Gezondheidsredenen		1.366 (7,5%)	1.449 (7,5%)
50	Lichamelijke gezondheidsproblemen van de vrouw	481 (3%)	547 (3%)
51	Gezondheidsproblemen van de foetus	378 (2%)	357 (2%)
52	Toekomstige gezondheidsproblemen van het kind	243 (1%)	238 (1%)
53	Vrees voor de gezondheid van de foetus	210 (1%)	223 (1%)
54	Problemen van geestelijke gezondheid van de vrouw	250 (1%)	329 (2%)
55	Ernstige gezondheidsproblemen van een familielid	62 (0,3%)	67 (0,3%)
Andere redenen			
60	Precaire administratieve situatie	187 (1%)	180 (1%)
99 ⁷	Andere, te preciseren	836 (5%)	648 (3%)
Totaal		25.149	26.497

⁶ Artsen kunnen maximaal 3 redenen invullen op het registratieformulier.

⁷ Volgens de Wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikel 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen (B.S. 29/10/2018) is het niet meer verplicht een noodsituatie te melden. Hierdoor werd er vanaf eind oktober 2018 een grotere toename van de code 99 waargenomen.

Toelichting met betrekking tot de 'andere' aangehaalde redenen: zie 3.3.1.1 "Andere" genoemde redenen vanaf p. 74.

Het vermelde percentage slaat op het aantal registratieformulieren dat deze specifieke reden vermeldt, ten opzichte van het totaal aantal registratieformulieren.

Bijvoorbeeld: in 2022 gaf 11% van de vrouwen die een zwangerschapsafbreking uitvoerden (1.966 op een totaal van 18.574 registratieformulieren) aan dat zij zich te jong voelde als de reden (of één van de redenen) voor de zwangerschapsafbreking.

De aantallen vermeld per categorie, wijken af van de som van de eronder vermelde specifieke redenen.

Immers: indien een vrouw meerdere redenen aanhaalt binnen dezelfde categorie, wordt dit slechts één keer opgenomen in het totaal per categorie.

Bijvoorbeeld: als een vrouw als reden voor de zwangerschapsafbreking zowel financiële redenen aanhaalt als het feit studente te zijn, wordt ze slechts één keer opgenomen in het totaal van de categorie 'Financiële of materiële redenen'.

Zo vermeldde in 2022 22% van de vrouwen (4.037 op een totaal van 18.574) (één of meerdere) relationele of familiale problemen op als reden voor de zwangerschapsafbreking.

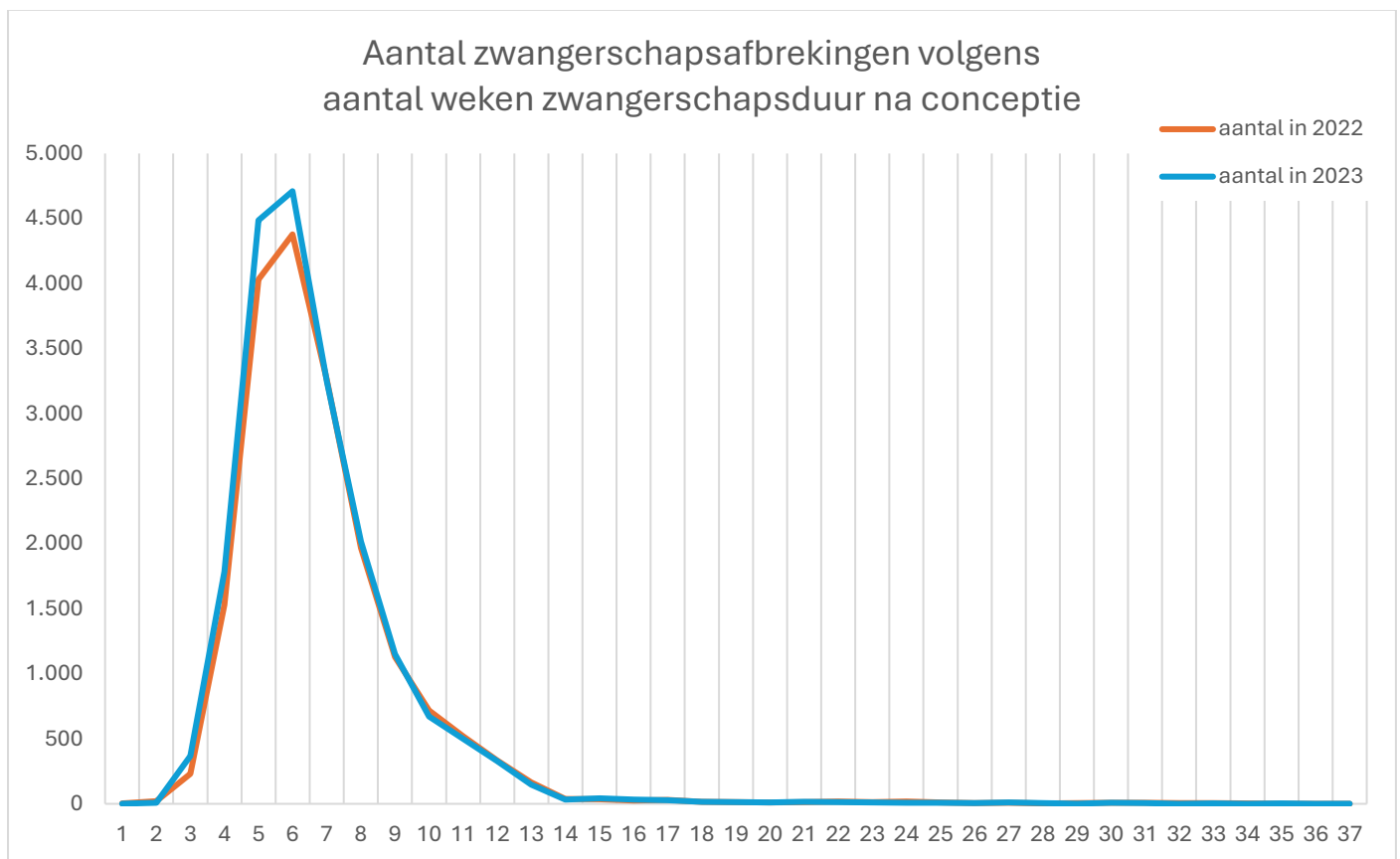
3.1.3 Medische gegevens

3.1.3.1 Aantal zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd volgens het aantal weken zwangerschapsduur na conceptie

aantal weken zwangerschap na conceptie	aantal in 2022	aantal in 2023	percentage in 2022	percentage in 2023
0 ⁸	3	1	0,02%	0,01%
1	21	7	0,11%	0,04%
2	230	368	1,24%	1,87%
3	1.530	1.784	8,24%	9,06%
4	4.031	4.487	21,70%	22,79%
5	4.378	4.710	23,57%	23,93%
6	3.258	3.246	17,54%	16,49%
7	1.969	2.016	10,60%	10,24%
8	1.128	1.151	6,07%	5,85%
9	718	672	3,87%	3,41%
10	520	499	2,80%	2,53%
11	334	328	1,80%	1,67%
12	165	147	0,89%	0,75%
Totaal tot en met 12 weken	18.285	19.416	98,44%	98,63%
13	37	32	0,20%	0,16%
14	34	42	0,18%	0,21%
15	26	32	0,14%	0,16%
16	30	28	0,16%	0,14%
17	15	16	0,08%	0,08%
18	12	13	0,06%	0,07%
19	11	10	0,06%	0,05%
20	12	16	0,06%	0,08%
21	19	14	0,10%	0,07%
22	14	10	0,08%	0,05%
23	17	7	0,09%	0,04%
24	10	8	0,05%	0,04%
25	6	5	0,03%	0,03%
26	8	11	0,04%	0,06%
27	3	5	0,02%	0,03%
28	5	1	0,03%	0,01%
29	8	8	0,04%	0,04%
30	7	5	0,04%	0,03%
31	5	0	0,03%	0,00%
32	5	3	0,03%	0,02%
33	3	0	0,02%	0,00%
34	2	3	0,01%	0,02%
35	0	0	0,00%	0,00%
36	0	1	0,00%	0,01%
Totaal na 12 weken	289	270	1,56%	1,37%
Totaal	18.574	19.686	100%	100%

⁸ Bij het invullen van het registratiedocument heeft een arts het aantal weken zwangerschap verkeerd geïnterpreteerd. Immers: 0 weken sinds de bevruchting (2 weken amenorroe) komt overeen met de eisprong. Het is daarom onmogelijk om de zwangerschap af te breken bij een zwangerschapsduur van 0 weken sinds de bevruchting.

Voor de zwangerschapsafbrekingen tot en met 12 weken zwangerschapsduur na conceptie bedraagt het gemiddelde aantal weken respectievelijk 5,6 (2022) en 5,5 (2023). Voor de zwangerschapsafbrekingen na 12 weken zwangerschapsduur na conceptie bedraagt het gemiddelde resp. 19,3 (2022) en 18,5 weken (2023).



In 2022 werden 289 abortussen na 12 weken na conceptie geregistreerd. Toch werden er in totaal 1.317 abortussen uitgevoerd met als redenen dat de gezondheid van de vrouw in gevaar kwam of dat het kind een uiterst zware kwaal zou hebben na de geboorte⁹.

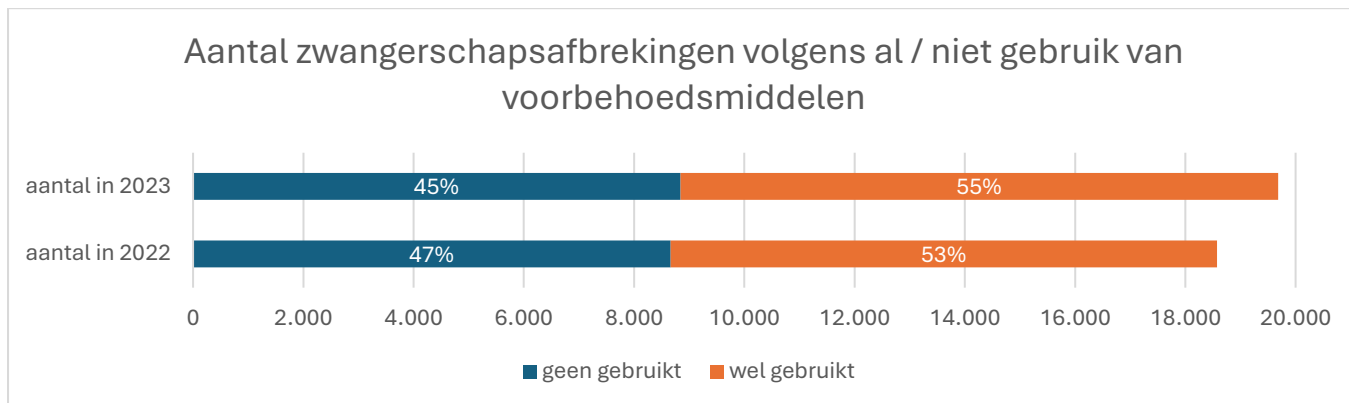
In 2023 werden 270 abortussen na 12 weken na conceptie geregistreerd. Toch werden er in totaal 1.388 abortussen uitgevoerd met als redenen dat de gezondheid van de vrouw in gevaar kwam of dat het kind een uiterst zware kwaal zou hebben na de geboorte⁹.

⁹ Op 1.317, resp. 1.388 (2022, resp. 2023) registratieformulieren vulde de arts code 50, 51, 52, 53 en/of 54 in als reden voor de zwangerschapsafbreking.

3.1.3.2 Gebruikte voorbehoedsmiddelen

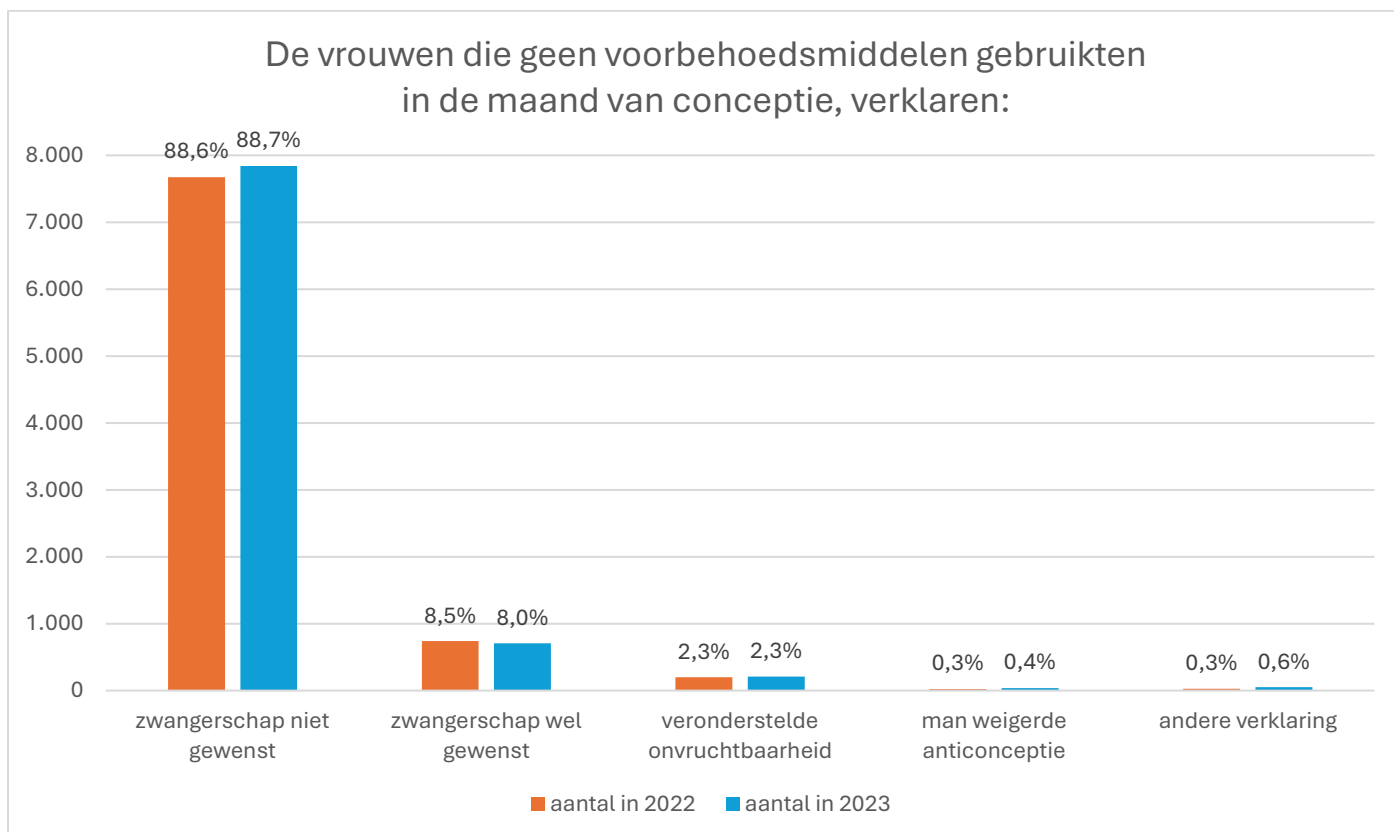
A. Algemene gegevens

voorbehoedsmiddelen	aantal in 2022	aantal in 2023	percentage in 2022	percentage in 2023
geen gebruikt	8.664	8.842	47%	45%
wel gebruikt	9.910	10.844	53%	55%
Totaal	18.574	19.686	100%	100%



B. Verklaring van de vrouwen die geen voorbehoedsmiddelen gebruikten in de maand van conceptie

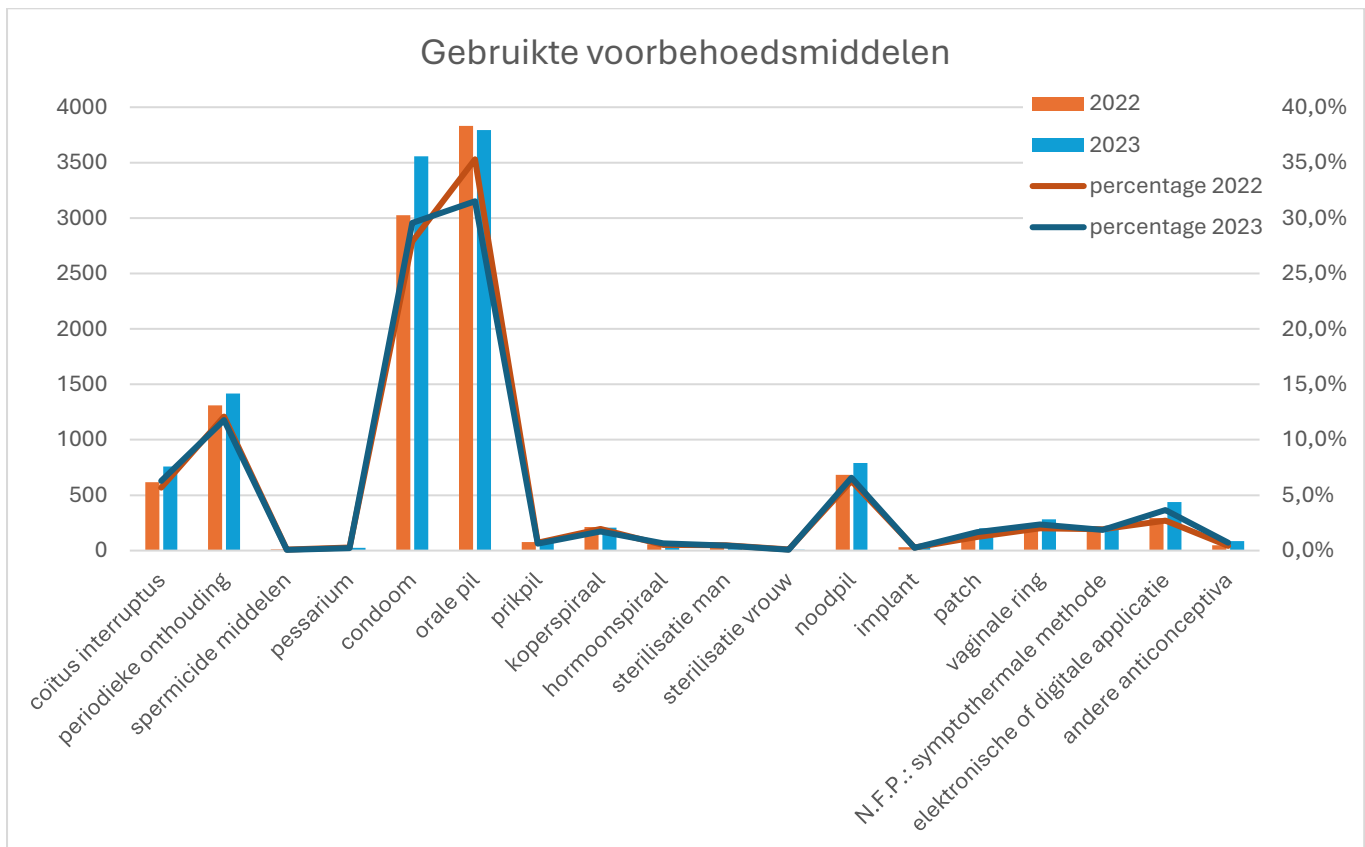
de vrouwen die geen voorbehoedsmiddelen gebruikten in de maand van conceptie, verklaren:	aantal in 2022	aantal in 2023	percentage in 2022	percentage in 2023
zwangerschap niet gewenst	7.675	7.841	88,6%	88,7%
zwangerschap wel gewenst	738	707	8,5%	8,0%
veronderstelde onvruchtbaarheid	200	207	2,3%	2,3%
man weigerde anticonceptie	23	37	0,3%	0,4%
andere verklaring	28	50	0,3%	0,6%
Totaal	8.664	8.842	100%	100%



C. Verklaring van de vrouwen die wel voorbehoedsmiddelen gebruikten in de maand van conceptie

voorbehoedsmiddel	aantal keren gebruikt (2022)	aantal keren gebruikt (2023)	percentage 2022	percentage 2023
coïtus interruptus	617	758	5,7%	6,3%
periodieke onthouding	1.311	1.417	12,1%	11,8%
spermicide middelen	10	8	0,1%	0,1%
pessarium	30	26	0,3%	0,2%
condoom	3.027	3.558	27,9%	29,6%
orale pil	3.831	3.793	35,3%	31,5%
prikpil	77	76	0,7%	0,6%
koperspiraal	213	206	2,0%	1,7%
hormoonspiraal	56	79	0,5%	0,7%
sterilisatie man	51	53	0,5%	0,4%
sterilisatie vrouw	11	9	0,1%	0,1%
noodpil	683	790	6,3%	6,6%
implant	31	31	0,3%	0,3%
patch	134	200	1,2%	1,7%
vaginale ring	219	283	2,0%	2,4%
N.F.P.: symptothermale methode	209	224	1,9%	1,9%
elektronische of digitale applicatie	295	439	2,7%	3,6%
andere anticonceptiva ¹⁰	47	85	0,4%	0,7%
Totaal	10.852	12.035	100%	100%

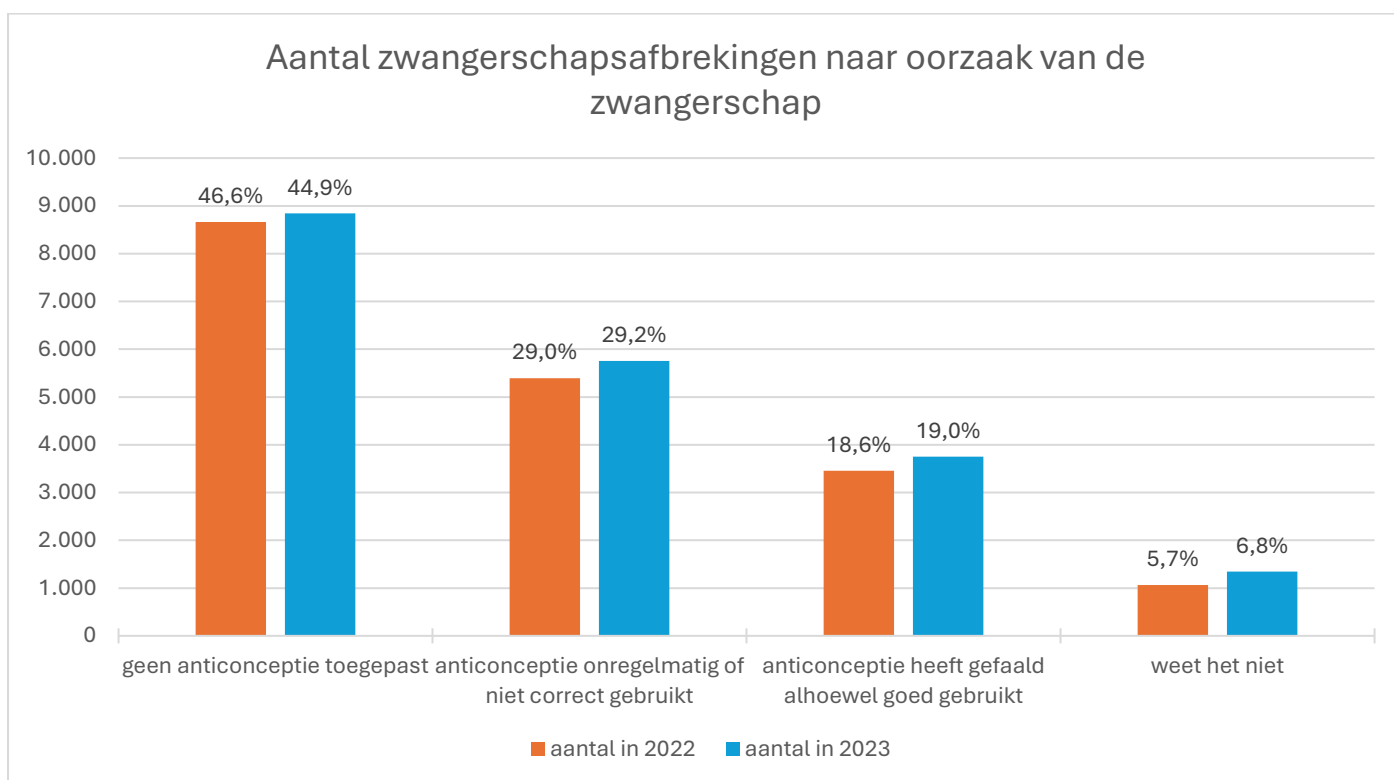
Vanaf 2020 kan de arts per casus maximum 3 voorbehoedsmiddelen invullen op het registratieformulier. In 2022 hebben 9.911 vrouwen samen 10.852 voorbehoedsmiddelen gebruikt en in 2023 hebben 10.844 vrouwen samen 12.035 voorbehoedsmiddelen gebruikt.



¹⁰ Toelichting met betrekking tot de 'andere' anticonceptiva: zie 3.3.1.5 "Andere" anticonceptiemethode op p. 79.

3.1.3.3 Oorzaak van de zwangerschap

oorzaak van de zwangerschap	aantal in 2022	aantal in 2023	percentage in 2022	percentage in 2023
geen anticonceptie toegepast	8.662	8.840	46,6%	44,9%
anticonceptie onregelmatig of niet correct gebruikt	5.392	5.755	29,0%	29,2%
anticonceptie heeft gefaald alhoewel goed gebruikt	3.458	3.749	18,6%	19,0%
weet het niet	1.062	1.342	5,7%	6,8%
Totaal	18.574	19.686	100%	100%



Het dient opgemerkt dat deze gegevens werden bekomen op grond van de verklaringen van de vrouw aan de arts en dus niet wetenschappelijk getoetst kunnen worden.

Bovendien heeft de Evaluatiecommissie geen enkel gegeven over de frequentie van het gebruik van de verschillende contraceptiemethoden door de bevolking.

Deze gegevens laten met andere woorden niet toe de betrouwbaarheid van het voorbehoedsmiddel te beoordelen.

Deze opmerkingen hebben betrekking op de tabellen in hoofdstukken 3.1.3.2 *Gebruikte voorbehoedsmiddelen* en 3.1.3.3 *Oorzaak van de zwangerschap* en op de gekruiste tabellen in hoofdstuk 3.2.2 *Voorbehoedsmiddelen*.

De cijfers in deze tabellen hebben enkel betrekking op mensen die een abortus hebben gehad.

Het is belangrijk er zich bewust van te zijn dat deze cijfers niet geëxtrapoleerd kunnen worden naar de gehele bevolking. Daarnaast moet bij de interpretatie ervan, de specifieke effectiviteit van elke anticonceptiemethode in acht genomen worden.

Zo gebruikten volgens tabel 3.1.3.2 *Gebruikte voorbehoedsmiddelen*, 8.842 vrouwen in 2023 (in 2022: 8.664 vrouwen) geen anticonceptie tijdens de maand van de conceptie¹¹; 10.844 vrouwen (in 2022: 9.910) gebruikten wél anticonceptie. In 2023 gebruikte 45% van de vrouwen die een abortus hadden dus geen anticonceptie tijdens de maand van conceptie (in 2022: 47%).

Op 1 januari 2023 bestond de Belgische bevolking uit 3.270.217 vrouwen in de leeftijdsklasse 10 tot en met 54 jaar (op 1 januari 2022: 3.230.221)¹². In 2023 hebben 8.842 vrouwen dus voor abortus gekozen zonder anticonceptie te gebruiken tijdens de maand van conceptie op 3.270.217 Belgische vrouwen in de leeftijdsklassen 10 tot en met 54 jaar – dit komt neer op 0,27%. In 2022 waren dat er 8.664 op 3.230.221 of 0,27%.

De kans om zwanger te worden varieert naargelang de gebruikte anticonceptie, de doeltreffendheid ervan en of ze regelmatig/correct of onregelmatig/onjuist of helemaal niet wordt gebruikt.

De effectiviteit van de anticonceptiepil wordt bijvoorbeeld geschat op 99,7% bij perfect gebruik (theoretische effectiviteit) en 91-92% in het dagelijks leven^{13 14}.

Als men geen anticonceptie gebruikt en geslachtsgemeenschap heeft, is de kans om zwanger te worden uiteraard het grootste. **Het is daarom logisch dat het grootste deel van de mensen die kozen voor abortus, geen anticonceptie gebruikten.** Het tegenovergestelde zou op zijn minst zorgwekkend zijn, omdat het de effectiviteit van bepaalde anticonceptiemethoden in vraag zou stellen.

¹¹ Het cijfer 8.842 (in 2022: 8.664) (cfr. tabel 3.1.3.2 A) stemt overeen met het aantal formulieren met antwoord 'NEEN' op vraag 4)a) 'Heeft u een voorbehoedsmiddel gebruikt?'. Het cijfer 8.840 (in 2022: 8.662) (cfr. tabel 3.1.3.3) geeft het aantal formulieren weer met antwoord 'heeft geen anticonceptie toegepast' op vraag 4)b) 'Oorzaak van de zwangerschap'.

¹² [Structuur van de bevolking | Statbel](#)

¹³ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

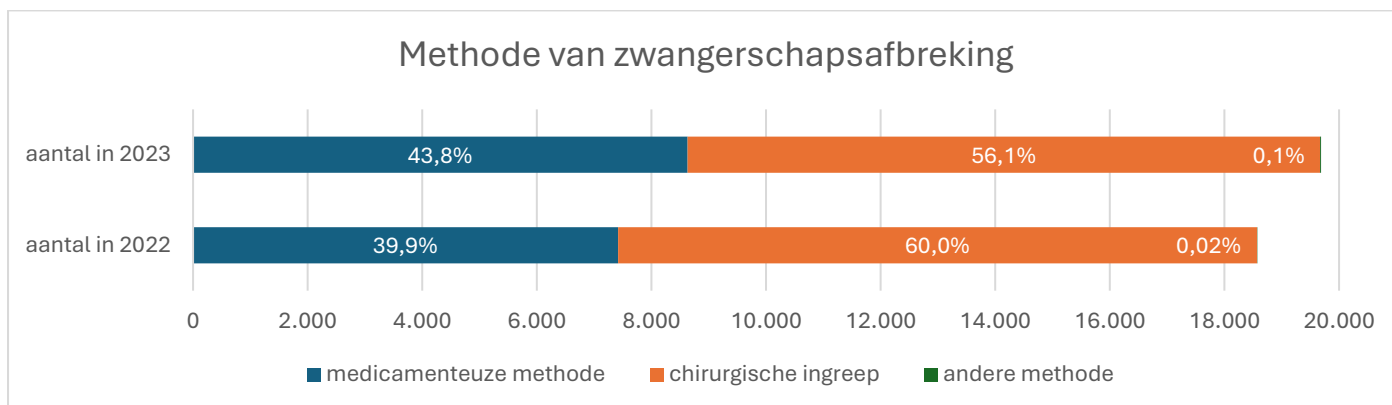
¹⁴ <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>

3.1.4 Medisch-technische aspecten van de behandeling

3.1.4.1 Methode van zwangerschapsafbreking

A. Algemene gegevens

methode van de zwangerschapsafbreking	aantal in 2022	aantal in 2023	percentage in 2022	percentage in 2023
medicamenteuze methode	7.417	8.628	39,9%	43,8%
chirurgische ingreep	11.153	11.043	60,0%	56,1%
andere methode ¹⁵	4	15	0,02%	0,1%
Totaal	18.574	19.686	100%	100%



B. Methode van zwangerschapsafbreking, naar zwangerschapsduur na conceptie en instelling waar de zwangerschapsafbreking plaatsvond

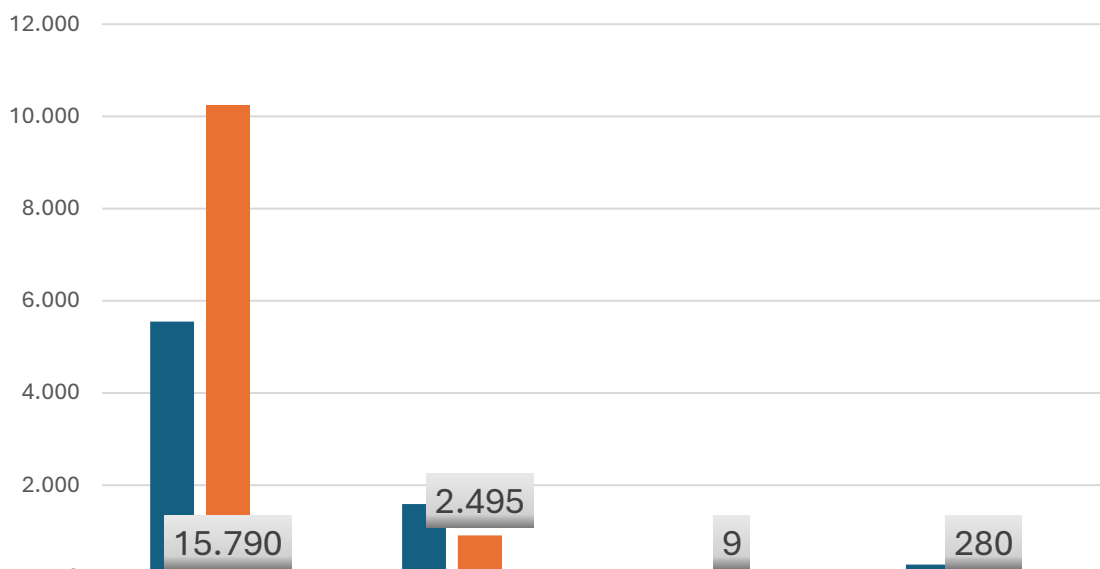
zwangerschapsduur maximaal 12 weken na conceptie	2022			2023		
	centrum	ziekenhuis	Totaal	centrum	ziekenhuis	Totaal
medicamenteuze methode	5.548 (30,3%)	1.589 (8,7%)	7.137 (39%)	6.519 (33,6%)	1.848 (9,5%)	8.367 (43,1%)
chirurgische ingreep	10.240 (56%)	906 (5%)	11.146 (61%)	10.172 (52,4%)	866 (4,5%)	11.038 (56,9%)
andere methode ¹⁵	2 (0,01%)		2 (0,01%)	7 (0,04%)	4 (0,02%)	11 (0,06)
Totaal	15.790 (86,4%)	2.495 (13,6%)	18.285 (100%)	16.698 (86%)	2.718 (14%)	19.416 (100%)

zwangerschapsduur meer dan 12 weken na conceptie	2022			2023		
	centrum	ziekenhuis	Totaal	centrum	ziekenhuis	Totaal
medicamenteuze methode	7 (2,4%)	273 (94,5%)	280 (96,9%)	2 (0,7%)	259 (95,9%)	261 (96,7%)
chirurgische ingreep	2 (0,7%)	5 (1,7%)	7 (2,4%)		5 (1,9%)	5 (1,9%)
andere methode ¹⁵		2 (0,7%)	2 (0,7%)	2 (0,7%)	2 (0,7%)	4 (1,5%)
Totaal	9 (3,1%)	280 (96,9%)	289 (100%)	4 (1,5%)	266 (98,5%)	270 (100%)

¹⁵ Toelichting met betrekking tot de 'andere methodes' van zwangerschapsafbreking: zie 3.3.1.6 "Andere" methode van zwangerschapsafbreking op p. 80.

Methode van zwangerschapsafbreking, naar zwangerschapsduur na conceptie, gedifferentieerd volgens centrum / ziekenhuis

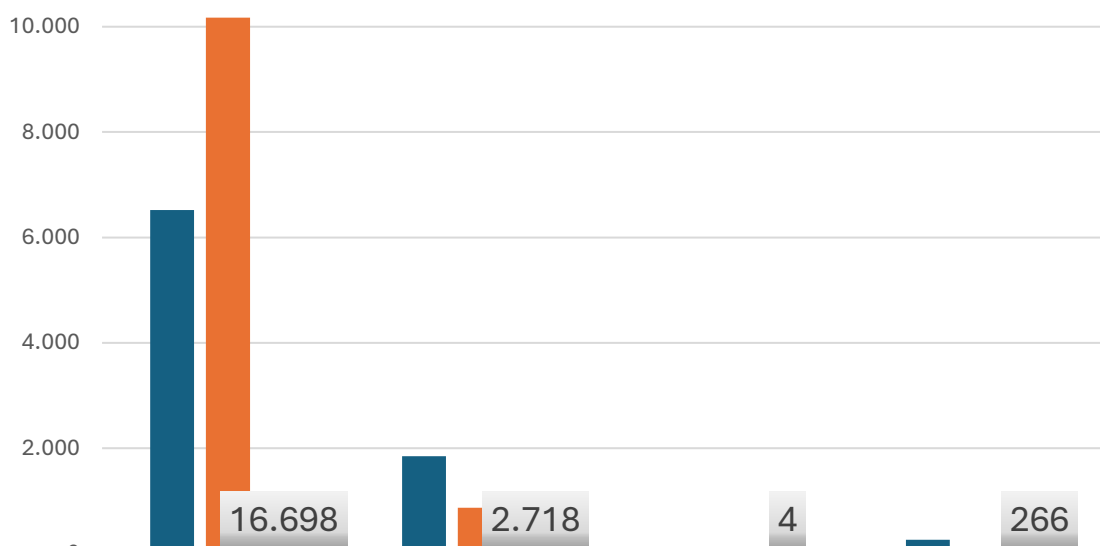
2022



Methode	tot en met 12 weken na conceptie		meer dan 12 weken na conceptie	
	centrum	ziekenhuis	centrum	ziekenhuis
medicamenteuze methode	5.548	1.589	7	273
chirurgische ingreep	10.240	906	2	5
andere methode	2			2

Methode van zwangerschapsafbreking, naar zwangerschapsduur na conceptie, gedifferentieerd volgens centrum / ziekenhuis

2023



Methode	tot en met 12 weken na conceptie		na 12 weken na conceptie	
	centrum	ziekenhuis	centrum	ziekenhuis
medicamenteuze methode	6.519	1.848	2	259
chirurgische ingreep	10.172	866		5
andere methode	7	4	2	2

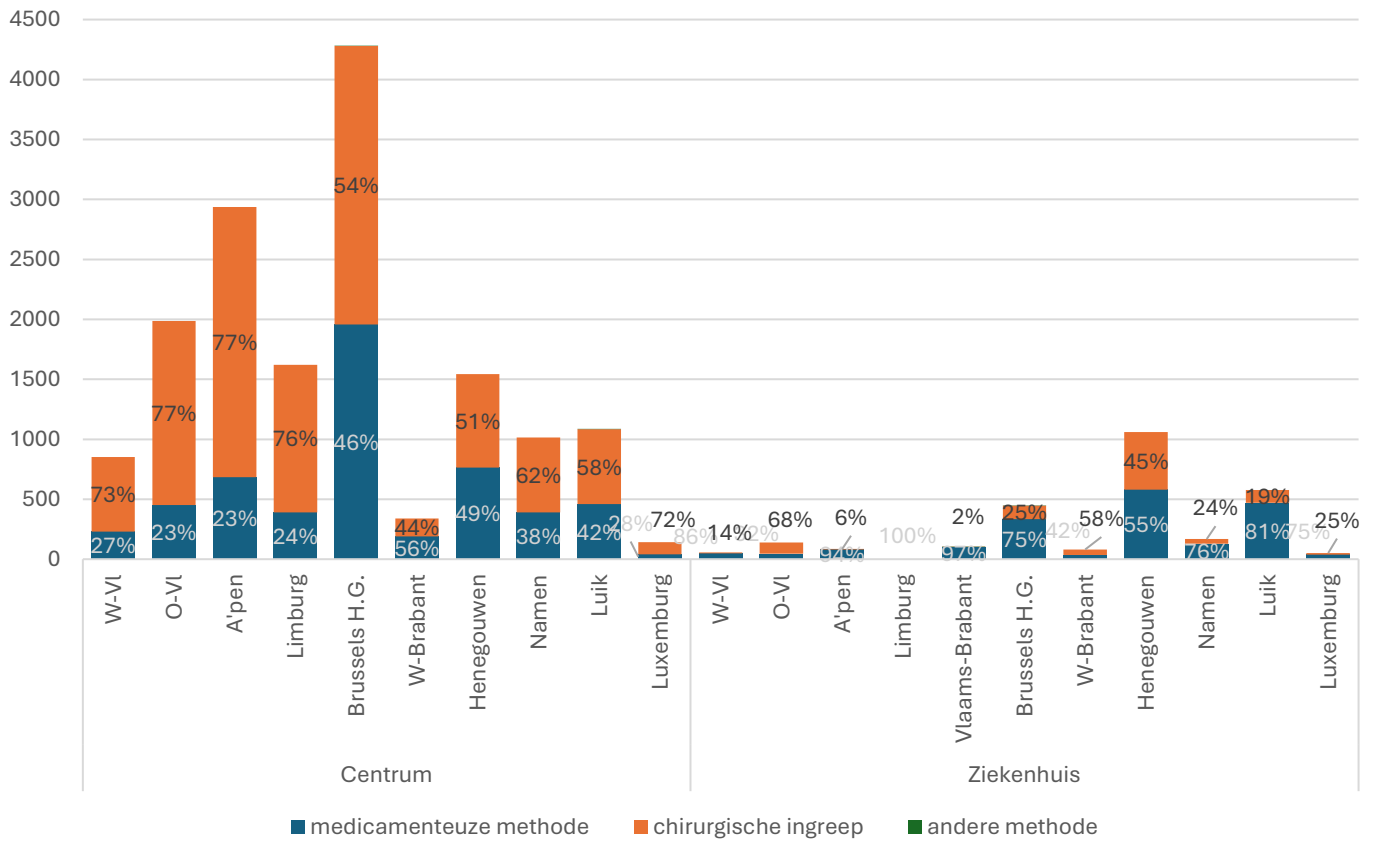
C. Methode van zwangerschapsafbreking, per provincie waar de instelling gevestigd is (dus niet volgens de woonplaats van de vrouw)

2022 – provincie instelling	centrum				ziekenhuis			
	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	andere methode	totaal	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	andere methode	Totaal
West-Vlaanderen	231 (27,1%)	620 (72,9%)		851 (100%)	48 (85,7%)	8 (14,3%)		56 (100%)
Oost-Vlaanderen	452 (22,7%)	1.535 (77,3%)		1.987 (100%)	45 (32,1%)	95 (67,9%)		140 (100%)
Antwerpen	684 (23,3%)	2.252 (76,7%)		2.936 (100%)	80 (94,1%)	5 (5,9%)		85 (100%)
Limburg	390 (24%)	1.232 (76%)		1.622 (100%)	3 (100%)			3 (100%)
Vlaams-Brabant					102 (97,1%)	2 (1,9%)	1 (1%)	105 (100%)
Brussels H.G.	1.956 (45,7%)	2.324 (54,3%)	1 (0,02%)	4.281 (100%)	335 (74,8%)	112 (25%)	1 (0,2%)	448 (100%)
Waals-Brabant	191 (56,3%)	148 (43,7%)		339 (100%)	34 (42%)	47 (58%)		81 (100%)
Henegouwen	763 (49,4%)	780 (50,6%)		1.543 (100%)	579 (54,6%)	481 (45,4%)		1.060 (100%)
Namen	389 (38,4%)	625 (61,6%)		1.014 (100%)	128 (76,2%)	40 (23,8%)		168 (100%)
Luik	459 (42,3%)	625 (57,6%)	1 (0,1%)	1.085 (100%)	470 (81,3%)	108 (18,7%)		578 (100%)
Luxemburg	40 (28,4%)	101 (71,6%)		141 (100%)	38 (74,5%)	13 (25,5%)		51 (100%)
Totaal	5.555 (35,2%)	10.242 (64,8%)	2 (0,01%)	15.799 (100%)	1.862 (67,1%)	911 (32,8%)	2 (0,1%)	2.775 (100%)

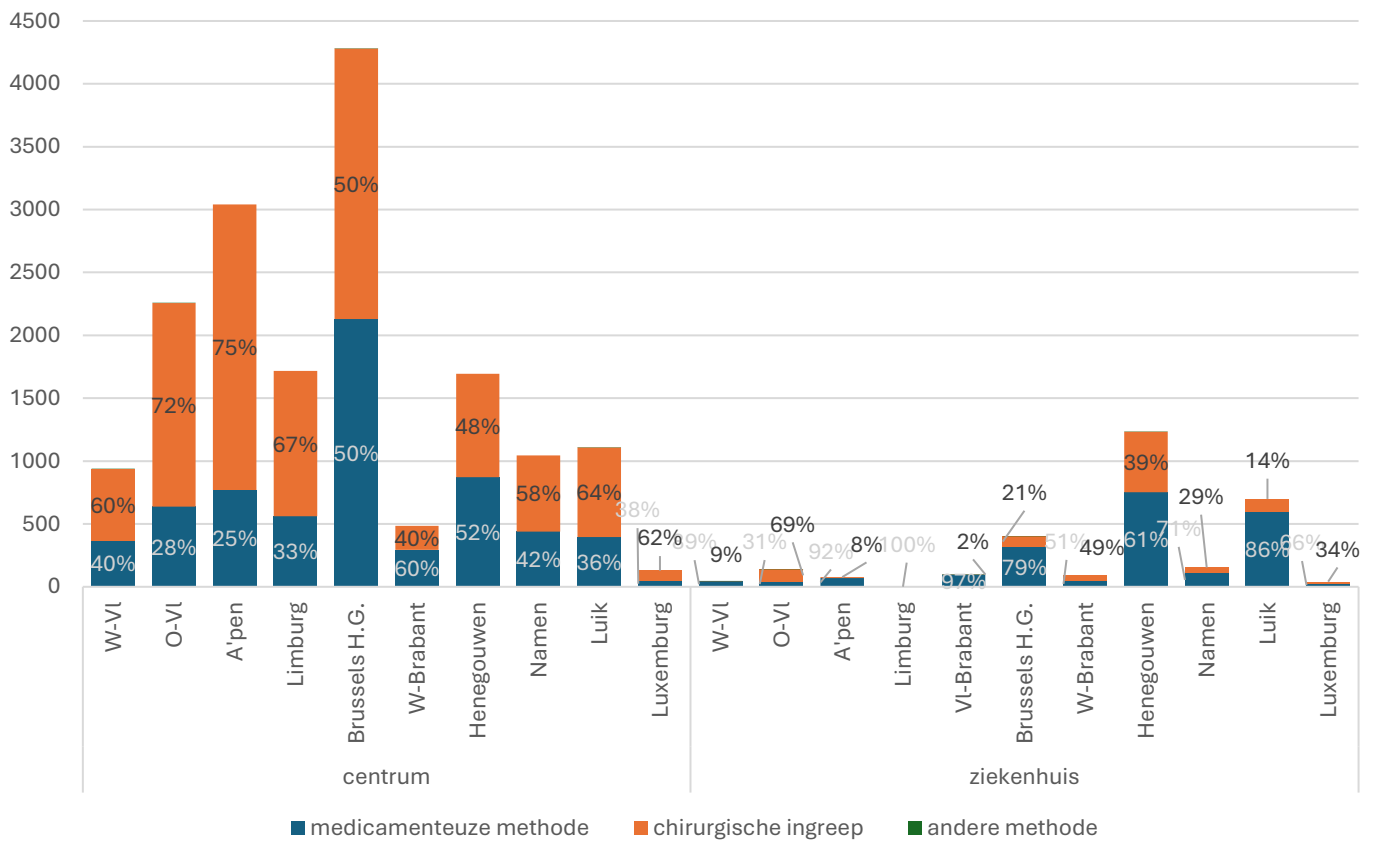
2023 – provincie instelling	centrum				ziekenhuis			
	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	andere methode	totaal	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	andere methode	Totaal
West-Vlaanderen	372 (39,7%)	565 (60,2%)	1 (0,1%)	938 (100%)	41 (89,1%)	4 (8,7%)	1 (2,2%)	46 (100%)
Oost-Vlaanderen	638 (28,3%)	1.619 (71,7%)	1 (0,04%)	2.258 (100%)	43 (30,7%)	96 (68,6%)	1 (0,7%)	140 (100%)
Antwerpen	769 (25,3%)	2.273 (74,7%)		3.042 (100%)	71 (92,2%)	6 (7,8%)		77 (100%)
Limburg	562 (32,7%)	1.155 (67,3%)		1.717 (100%)	1 (100%)			1 (100%)
Vlaams-Brabant					97 (97%)	2 (2%)	1 (1%)	100 (100%)
Brussels H.G.	2.129 (49,7%)	2.151 (50,2%)	4 (0,1%)	4.284 (100%)	318 (79,1%)	83 (20,6%)	1 (0,2%)	402 (100%)
Waals-Brabant	293 (60,4%)	192 (39,6%)		485 (100%)	45 (50,6%)	44 (49,4%)		89 (100%)
Henegouwen	872 (51,5%)	821 (48,5%)		1.693 (100%)	753 (61%)	480 (38,9%)	2 (0,2%)	1.235 (100%)
Namen	440 (42,1%)	605 (57,9%)		1.045 (100%)	109 (70,8%)	45 (29,2%)		154 (100%)
Luik	397 (35,7%)	711 (64%)	3 (0,3%)	1.111 (100%)	602 (86,1%)	97 (13,9%)		699 (100%)
Luxemburg	49 (38%)	80 (62%)		129 (100%)	27 (65,9%)	14 (34,1%)		41 (100%)
Totaal	6.521 (39%)	10.172 (60,9%)	9 (0,1%)	16.702 (100%)	2.107 (70,6%)	871 (29,2%)	6 (0,2%)	2.984 (100%)

Merk op: in Vlaams-Brabant is geen enkel abortuscentrum gevestigd.

Methode van zwangerschapsafbreking naar type instelling en provincie - 2022



Methode van zwangerschapsafbreking naar type instelling en provincie - 2023



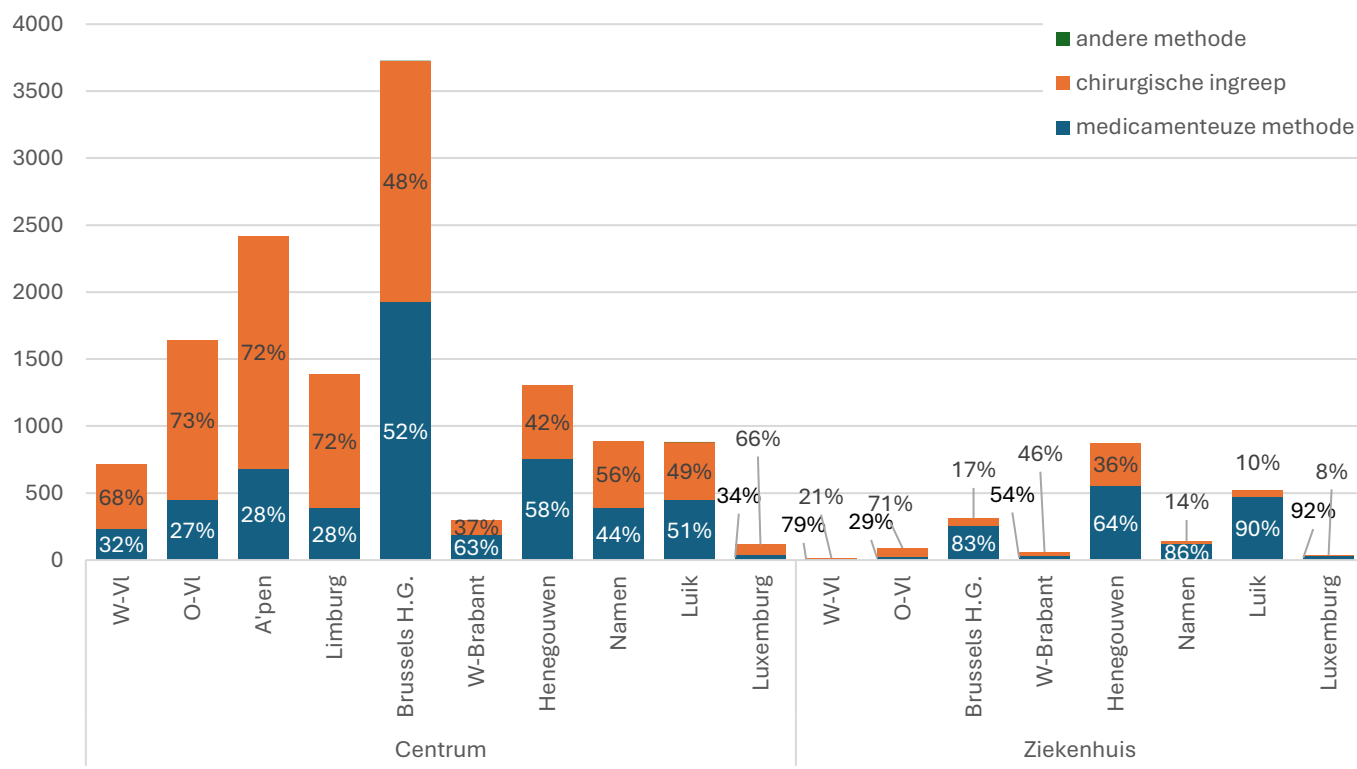
D. Methode van zwangerschapsafbreking, naar provincie waar de instelling gevestigd is (dus niet volgens de woonplaats van de vrouw), zwangerschapsduur tot en met 7 weken na conceptie

2022 – provincie instelling	centrum				ziekenhuis			
	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	andere methode	Totaal	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	andere methode	Totaal
West-Vlaanderen	231 (32,5%)	480 (67,5%)		711 (100%)	11 (78,6%)	3 (21,4%)		14 (100%)
Oost-Vlaanderen	446 (27,2%)	1.192 (72,8%)		1.638 (100%)	26 (28,9%)	64 (71,1%)		90 (100%)
Antwerpen	682 (28,2%)	1.736 (71,8%)		2.418 (100%)				
Limburg	390 (28,2%)	993 (71,8%)		1.383 (100%)				
Vlaams-Brabant								
Brussels H.G.	1.931 (51,8%)	1.796 (48,2%)	1 (0,03%)	3.728 (100%)	258 (82,7%)	54 (17,3%)		312 (100%)
Waals-Brabant	190 (63,1%)	111 (36,9%)		301 (100%)	33 (54,1%)	28 (45,9%)		61 (100%)
Henegouwen	760 (58,2%)	545 (41,8%)		1.305 (100%)	558 (63,7%)	318 (36,3%)		876 (100%)
Namen	389 (43,8%)	499 (56,2%)		888 (100%)	123 (86%)	20 (14%)		143 (100%)
Luik	451 (51,3%)	428 (48,6%)	1 (0,1%)	880 (100%)	470 (90,4%)	50 (9,6%)		520 (100%)
Luxemburg	40 (34,5%)	76 (65,5%)		116 (100%)	33 (91,7%)	3 (8,3%)		36 (100%)
Totaal	5.510 (41,2%)	7.856 (58,8%)	2 (0,02%)	13.368 (100%)	1.512 (73,7%)	540 (26,3%)		2.052 (100%)

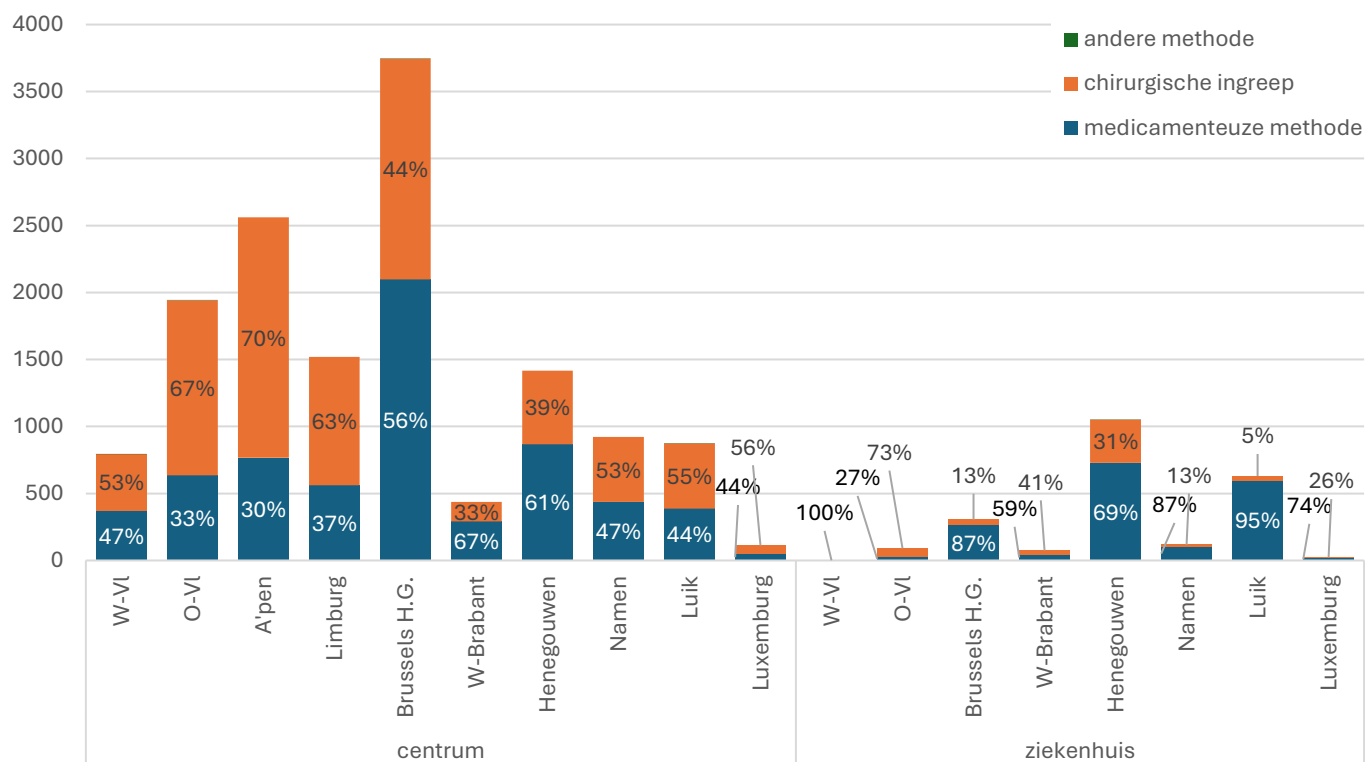
2023 – provincie instelling	centrum				ziekenhuis			
	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	andere methode	Totaal	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	andere methode	Totaal
West-Vlaanderen	371 (46,7%)	422 (53,1%)	1 (0,1%)	794 (100%)	1 (100%)			1 (100%)
Oost-Vlaanderen	636 (32,7%)	1.306 (67,2%)	1 (0,1%)	1.943 (100%)	24 (26,7%)	66 (73,3%)		90 (100%)
Antwerpen	766 (29,9%)	1.795 (70,1%)		2.561 (100%)				
Limburg	562 (37%)	958 (63%)		1.520 (100%)				
Vlaams-Brabant								
Brussels H.G.	2.097 (55,9%)	1.649 (44%)	2 (0,1%)	3.748 (100%)	265 (86,9%)	40 (13,1%)		305 (100%)
Waals-Brabant	292 (67%)	144 (33%)		436 (100%)	44 (59,5%)	30 (40,5%)		74 (100%)
Henegouwen	867 (61,2%)	549 (38,8%)		1.416 (100%)	729 (69,4%)	321 (30,5%)	1 (0,1%)	1.051 (100%)
Namen	436 (47,3%)	485 (52,7%)		921 (100%)	102 (87,2%)	15 (12,8%)		117 (100%)
Luik	388 (44,2%)	486 (55,4%)	3 (0,3%)	877 (100%)	597 (94,8%)	33 (5,2%)		630 (100%)
Luxemburg	49 (43,8%)	63 (56,3%)		112 (100%)	17 (73,9%)	6 (26,1%)		23 (100%)
Totaal	6.464 (45,1%)	7.857 (54,8%)	7 (0,05%)	14.328 (100%)	1.779 (77,7%)	511 (22,3%)	1 (0,04%)	2.291 (100%)

Merk op: in Vlaams-Brabant is geen enkel abortuscentrum gevestigd.

Methode van zwangerschapsafbreking voor zwangerschapsduur tot en met 7 weken PC, naar type instelling en provincie - 2022



Methode van zwangerschapsafbreking voor zwangerschapsduur tot en met 7 weken PC, naar type instelling en provincie - 2023



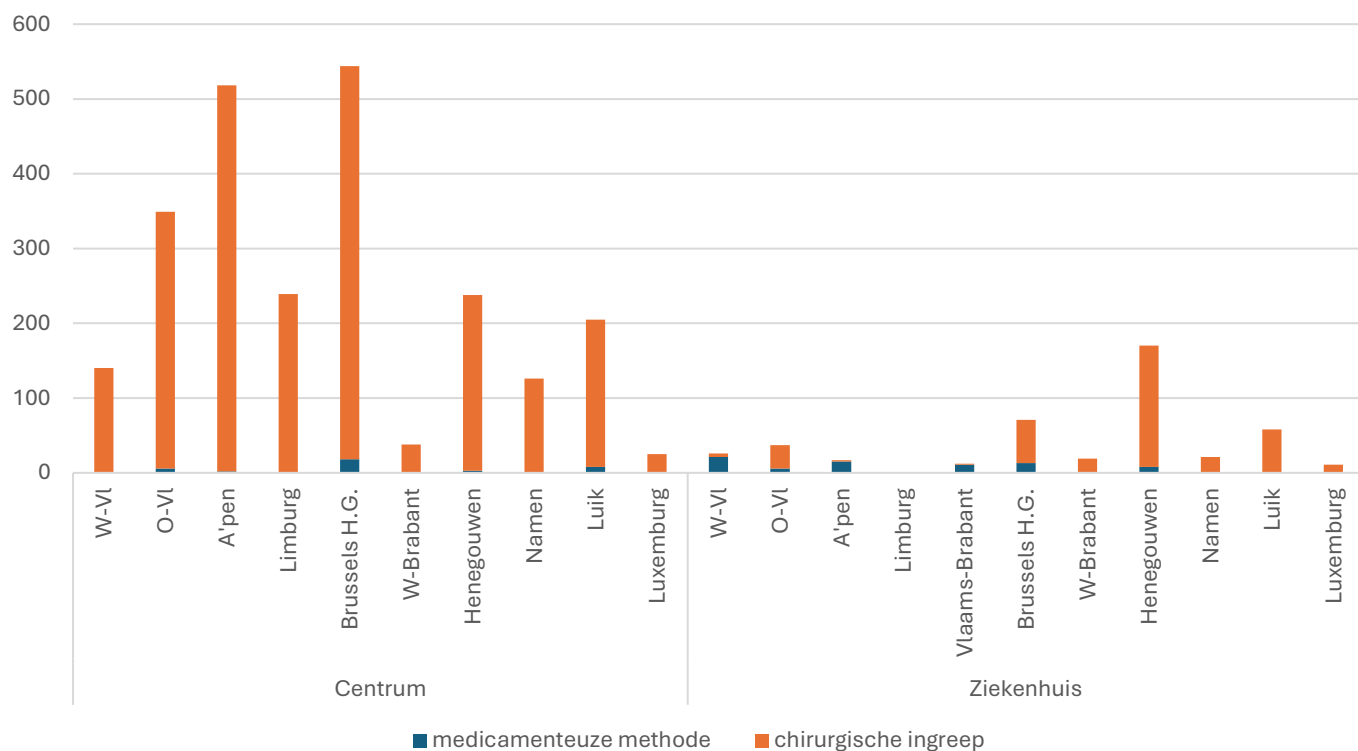
E. Methode van zwangerschapsafbreking, naar provincie waar de instelling gevestigd is (dus niet volgens de woonplaats van de vrouw), zwangerschapsduur 8 tot en met 12 weken na conceptie

2022 – provincie instelling	centrum			ziekenhuis		
	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	totaal	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	totaal
West-Vlaanderen		140 (100%)	140 (100%)	21 (80,8%)	5 (19,2%)	26 (100%)
Oost-Vlaanderen	6 (1,7%)	343 (98,3%)	349 (100%)	6 (16,2%)	31 (83,8%)	37 (100%)
Antwerpen	2 (0,4%)	516 (99,6%)	518 (100%)	15 (88,2%)	2 (11,8%)	17 (100%)
Limburg		239 (100%)	239 (100%)	1 (100%)		1 (100%)
Vlaams-Brabant				11 (91,7%)	1 (8,3%)	12 (100%)
Brussels H.G.	18 (3,3%)	526 (96,7%)	544 (100%)	13 (18,3%)	58 (81,7%)	71 (100%)
Waals-Brabant	1 (2,6%)	37 (97,4%)	38 (100%)		19 (100%)	19 (100%)
Henegouwen	3 (1,3%)	235 (98,7%)	238 (100%)	8 (4,7%)	162 (95,3%)	170 (100%)
Namen		126 (100%)	126 (100%)	1 (4,8%)	20 (95,2%)	21 (100%)
Luik	8 (3,9%)	197 (96,1%)	205 (100%)		58 (100%)	58 (100%)
Luxemburg		25 (100%)	25 (100%)	1 (9,1%)	10 (90,9%)	11 (100%)
Totaal	38 (1,6%)	2.384 (98,4%)	2.422 (100%)	77 (17,4%)	366 (82,6%)	443 (100%)

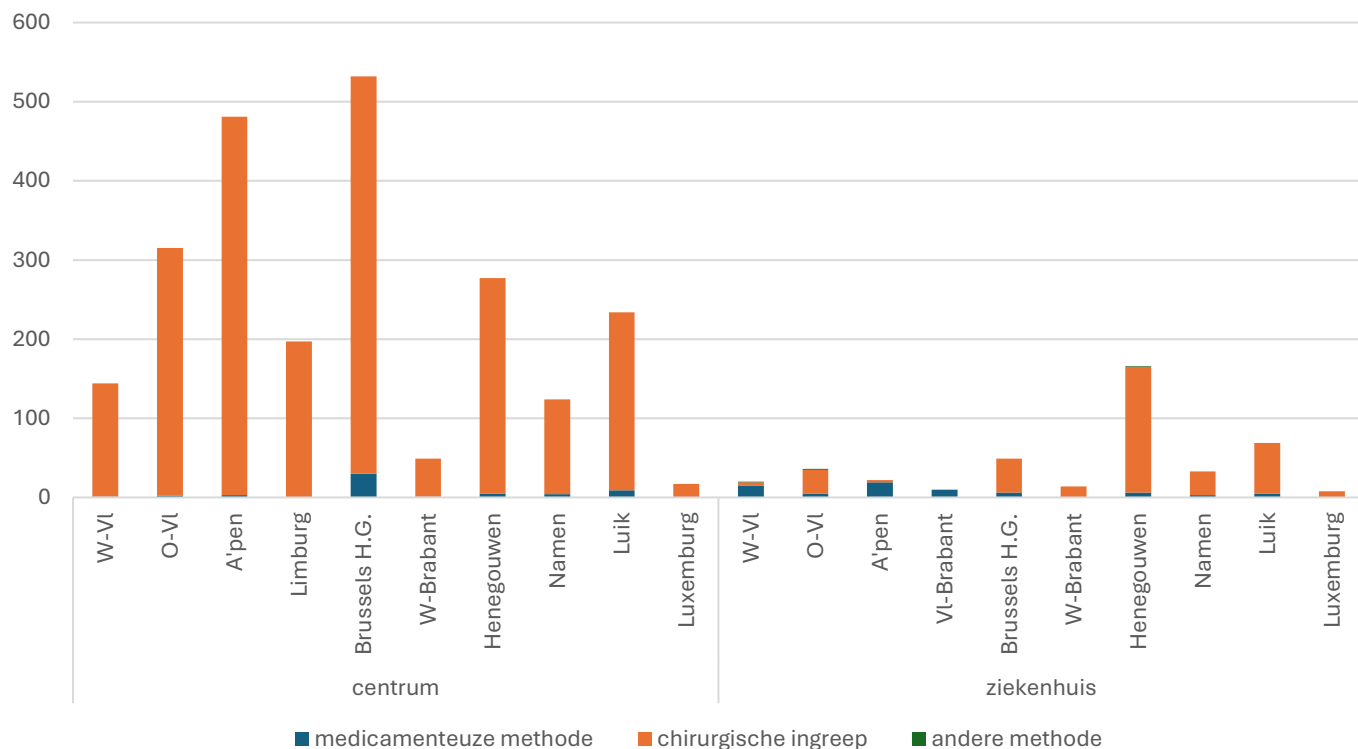
2023 – provincie instelling	centrum			ziekenhuis			
	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	totaal	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	andere methode	totaal
West-Vlaanderen	1 (0,7%)	143 (99,3%)	144 (100%)	15 (75%)	4 (20%)	1 (5%)	20 (100%)
Oost-Vlaanderen	2 (0,6%)	313 (99,4%)	315 (100%)	5 (13,9%)	30 (83,3%)	1 (2,8%)	36 (100%)
Antwerpen	3 (0,6%)	478 (99,4%)	481 (100%)	19 (86,4%)	3 (13,6%)		22 (100%)
Limburg		197 (100%)	197 (100%)				
Vlaams-Brabant				10 (100%)			10 (100%)
Brussels H.G.	30 (5,6%)	502 (94,4%)	532 (100%)	6 (12,2%)	43 (87,8%)		49 (100%)
Waals-Brabant	1 (2%)	48 (98%)	49 (100%)		14 (100%)		14 (100%)
Henegouwen	5 (1,8%)	272 (98,2%)	277 (100%)	6 (3,6%)	159 (95,8%)	1 (0,6%)	166 (100%)
Namen	4 (3,2%)	120 (96,8%)	124 (100%)	3 (9,1%)	30 (90,9%)		33 (100%)
Luik	9 (3,8%)	225 (96,2%)	234 (100%)	5 (7,2%)	64 (92,8%)		69 (100%)
Luxemburg		17 (100%)	17 (100%)		8 (100%)		8 (100%)
Totaal	55 (2,3%)	2.315 (97,7%)	2.370 (100%)	69 (16,2%)	355 (83,1%)	3 (0,7%)	427 (100%)

Merk op: in Vlaams-Brabant is geen enkel abortuscentrum gevestigd.

Methode van zwangerschapsafbreking voor zwangerschapsduur 8 tot en met 12 weken PC, naar type instelling en provincie - 2022



Methode van zwangerschapsafbreking voor zwangerschapsduur 8 tot en met 12 weken PC, naar type instelling en provincie - 2023



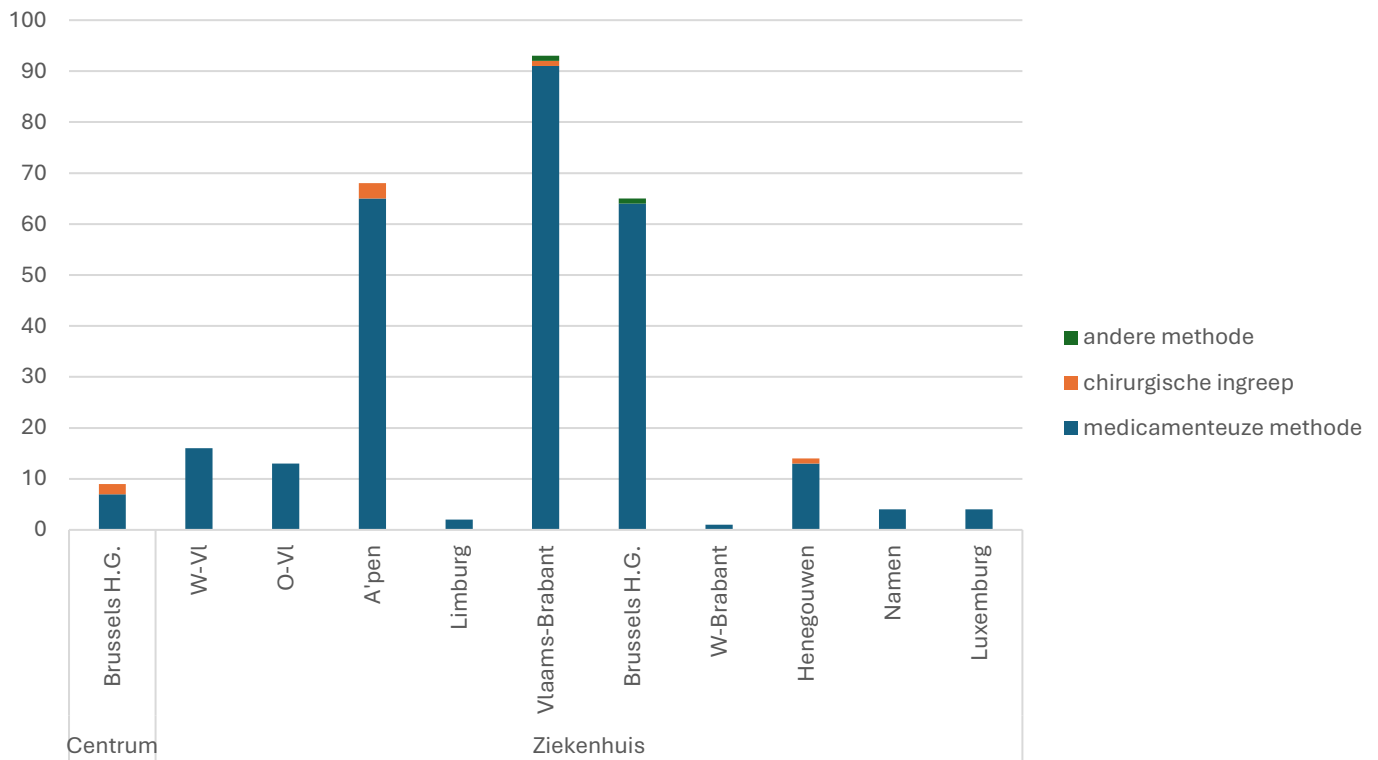
F. Methode van zwangerschapsafbreking, naar provincie waar de instelling gevestigd is (dus niet volgens de woonplaats van de vrouw), zwangerschapsduur vanaf 13 weken na conceptie

2022 – provincie instelling	centrum			ziekenhuis			
	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	Totaal	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	andere methode	Totaal
West-Vlaanderen				16 (100%)			16 (100%)
Oost-Vlaanderen				13 (100%)			13 (100%)
Antwerpen				65 (95,6%)	3 (4,4%)		68 (100%)
Limburg				2 (100%)			2 (100%)
Vlaams-Brabant				91 (97,8%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	93 (100%)
Brussels H.G.	7 (77,8%)	2 (22,2%)	9 (100%)	64 (98,5%)		1 (1,5%)	65 (100%)
Waals-Brabant				1 (100%)			1 (100%)
Henegouwen				13 (92,9%)	1 (7,1%)		14 (100%)
Namen				4 (100%)			4 (100%)
Luik							
Luxemburg				4 (100%)			4 (100%)
Totaal	7 (77,8%)	2 (22,2%)	9 (100%)	273 (97,5%)	5 (1,8%)	2 (0,7%)	280 (100%)

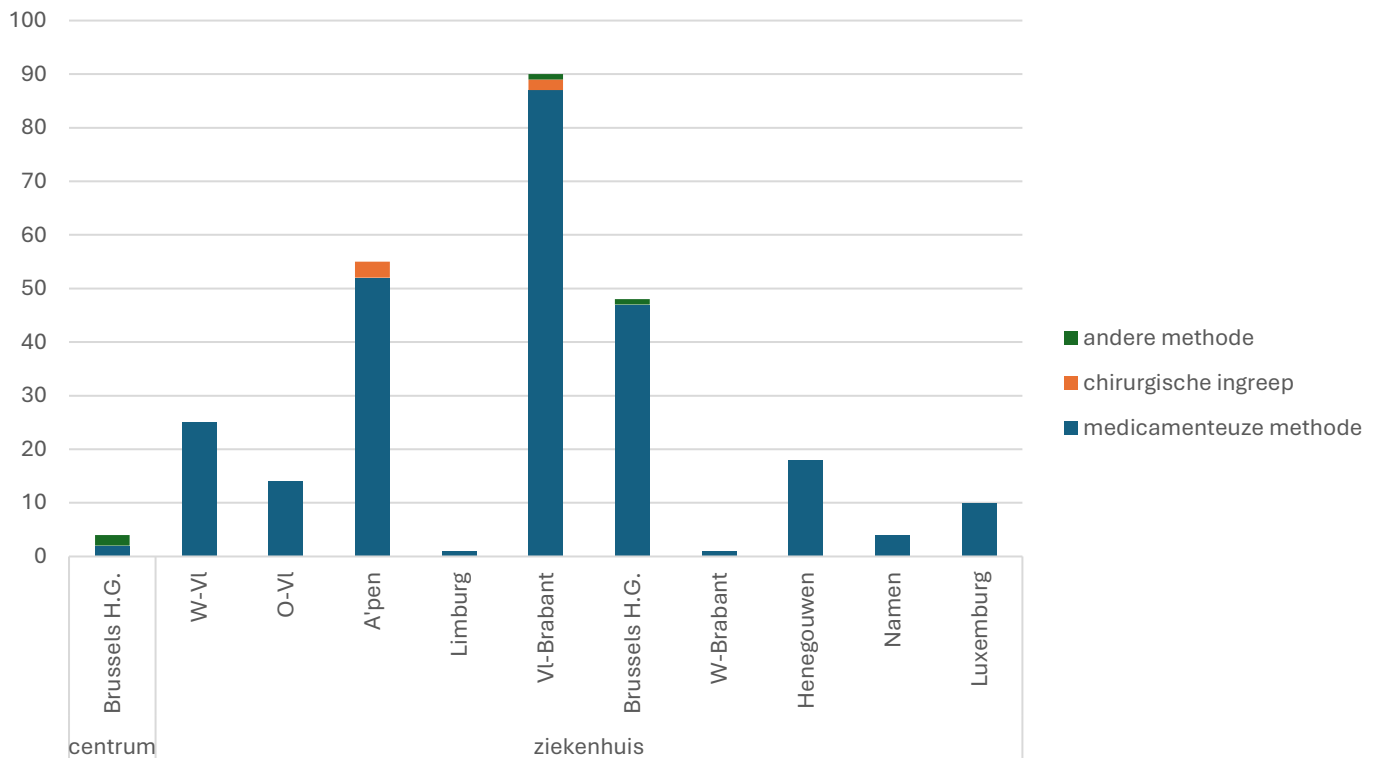
2022 – provincie instelling	centrum			ziekenhuis			
	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	Totaal	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	andere methode	Totaal
West-Vlaanderen				25 (100%)			25 (100%)
Oost-Vlaanderen				14 (100%)			14 (100%)
Antwerpen				52 (94,5%)	3 (5,5%)		55 (100%)
Limburg				1 (100%)			1 (100%)
Vlaams-Brabant				87 (96,7%)	2 (2,2%)	1 (1,1%)	90 (100%)
Brussels H.G.	2 (50%)	2 (50%)	4 (100%)	47 (97,9%)		1 (2,1%)	48 (100%)
Waals-Brabant				1 (100%)			1 (100%)
Henegouwen				18 (100%)			18 (100%)
Namen				4 (100%)			4 (100%)
Luik							
Luxemburg				10 (100%)			10 (100%)
Totaal	2 (50%)	2 (50%)	4 (100%)	259 (97,4%)	5 (1,9%)	2 (0,8%)	266 (100%)

Opmerking: voor de provincie Luik ontving de Evaluatiecommissie geen registratieformulieren, hoewel de leden van de Commissie bevestigen dat er wel degelijk zwangerschapsafbrekingen met een zwangerschapsduur van 13 weken of meer na conceptie zijn uitgevoerd in 2022 en 2023.

Methode van zwangerschapsafbreking voor zwangerschapsduur vanaf 13 weken PC, naar type instelling en provincie - 2022



Methode van zwangerschapsafbreking voor zwangerschapsduur vanaf 13 weken PC, naar type instelling en provincie - 2023

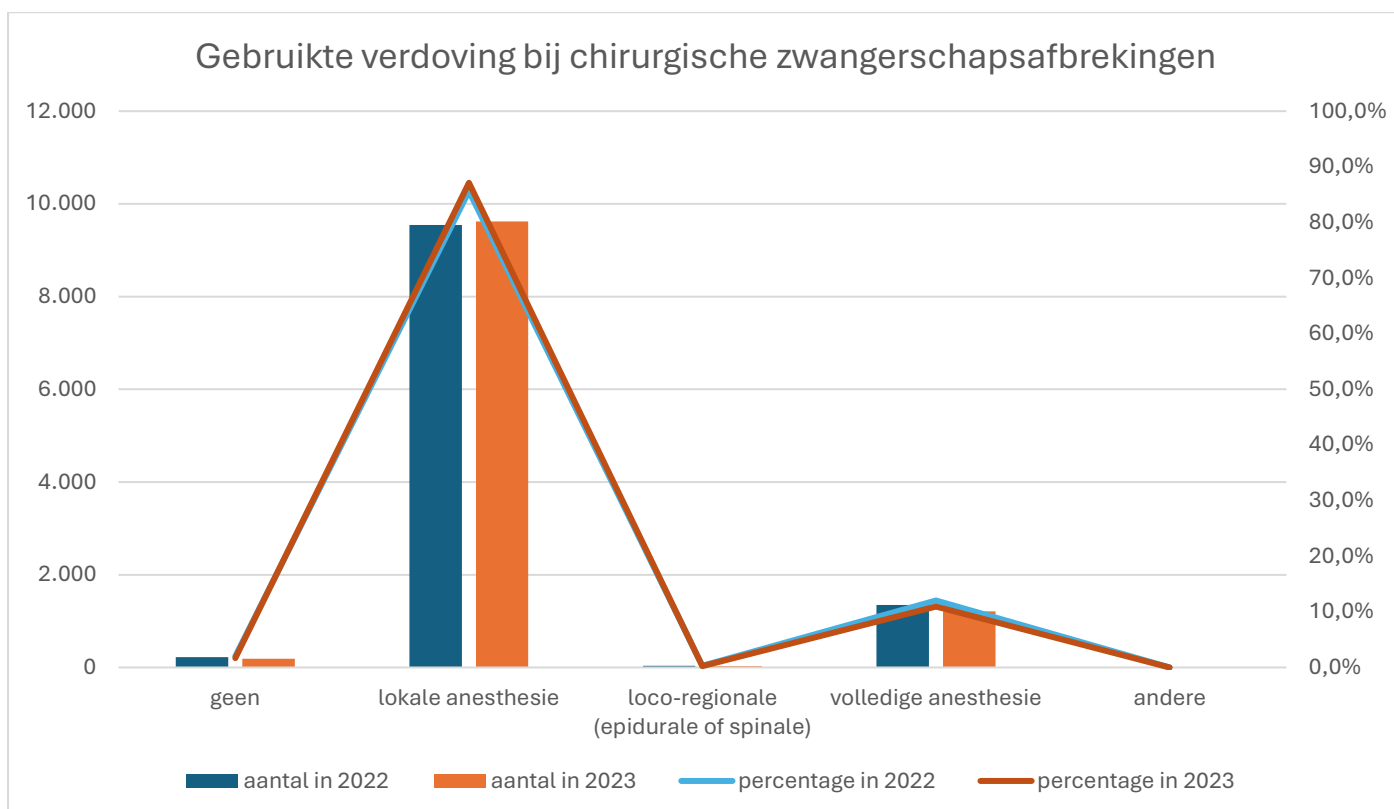


3.1.4.2 Verdoving

A. Algemene gegevens: verdoving bij chirurgische zwangerschapsafbrekingen

Opmerking: bij een medicamenteuze zwangerschapsafbreking wordt normaal gezien geen verdoving toegepast.

methode van verdoving	aantal in 2022	aantal in 2023	percentage in 2022	percentage in 2023
geen	223	185	2,0%	1,7%
lokale anesthesie	9.548	9.621	85,6%	87,1%
loco-regionale (epidurale of spinale)	36	28	0,3%	0,3%
volledige anesthesie	1.345	1.209	12,1%	10,9%
andere	1	0	0,01%	0,00%
sedatie	1			
Totaal	11.153	11.043	100%	100%



B. Verdoving bij chirurgische zwangerschapsafbrekingen, naar zwangerschapsduur na conceptie en type instelling

2022	tot en met 12 weken post conceptie		vanaf 13 weken post conceptie		Totaal
	centrum	ziekenhuis	centrum	ziekenhuis	
geen	204 (2%)	18 (2%)		1 (20%)	223 (2%)
lokale anesthesie	9.380 (91,6%)	168 (18,5%)			9.548 (85,6%)
loco-regionale (epidurale of spinale)	23 (0,2%)	10 (1,1%)		3 (60%)	36 (0,3%)
volledige anesthesie	633 (6,2%)	709 (78,3%)	2 (100%)	1 (20%)	1.345 (12,1%)
andere		1 (0,1%)			1 (0,01%)
Totaal	10.240 (100%)	906 (100%)	2 (100%)	5 (100%)	11.153 (100%)

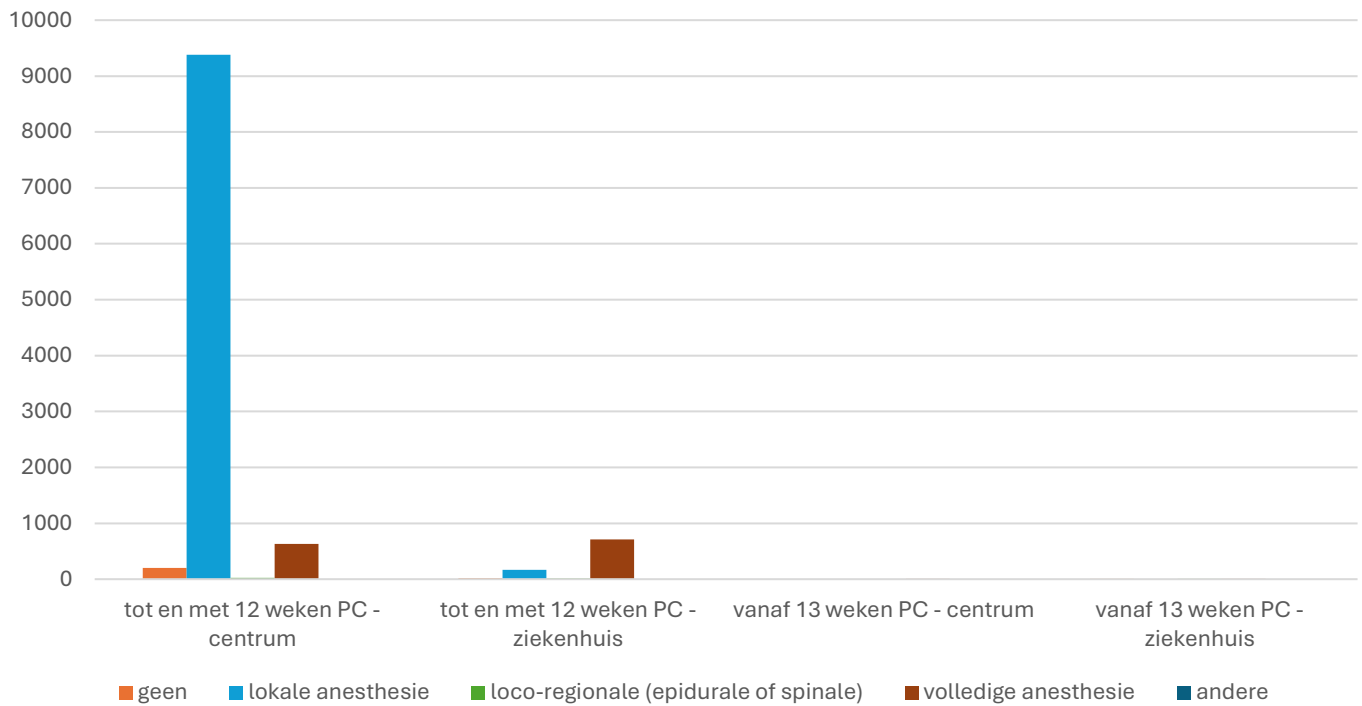
2023	tot en met 12 weken post conceptie		vanaf 13 weken post conceptie		Totaal
	centrum	ziekenhuis	centrum	ziekenhuis	
geen	177 (1,7%)	8 (0,9%)			185 (1,7%)
lokale anesthesie	9.428 (92,7%)	192 (22,2%)		1 (20%)	9.621 (87,1%)
loco-regionale (epidurale of spinale)	19 (0,2%)	7 (0,8%)		2 (40%)	28 (0,3%)
volledige anesthesie	548 (5,4%)	659 (76,1%)		2 (40%)	1.209 (10,9%)
andere					
Totaal	10.172 (100%)	866 (100%)		5 (100%)	11.043 (100%)

Opmerking:

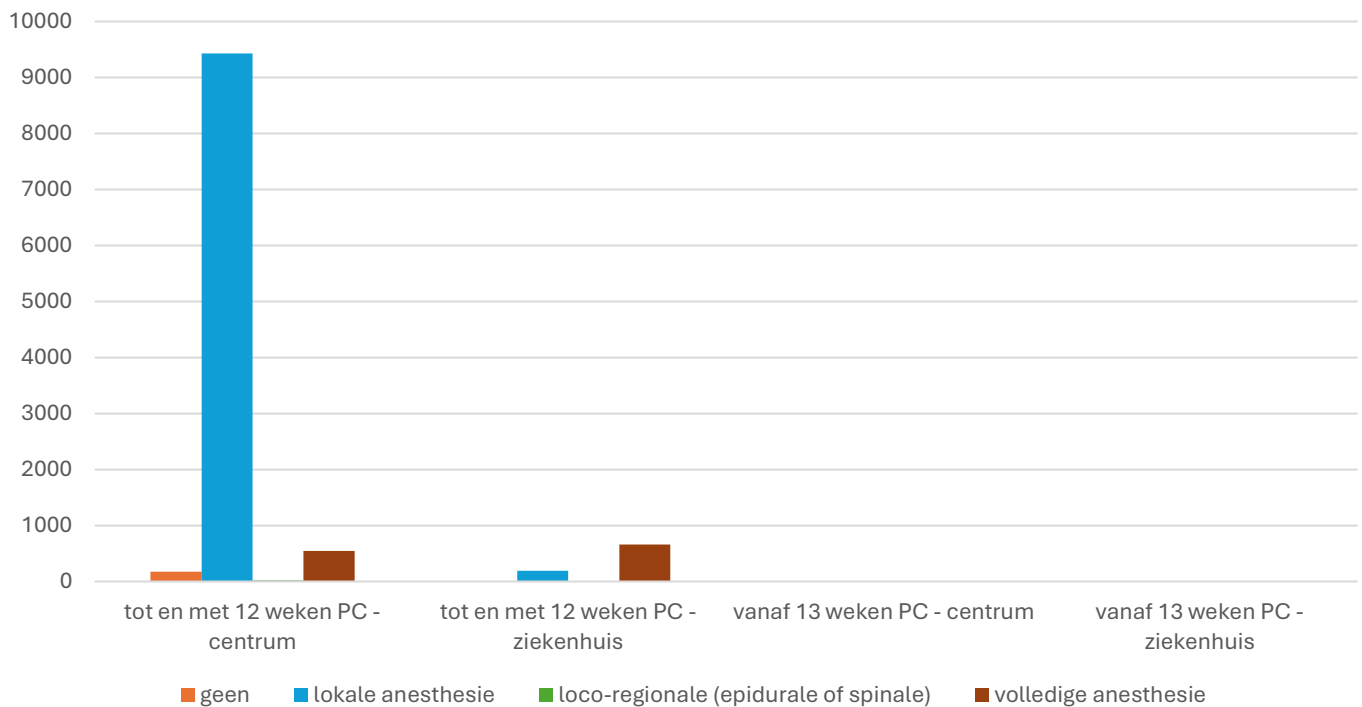
Sommige centra, verbonden aan een ziekenhuis, maken gebruik van de operatiekwartieren van deze ziekenhuizen om volledige anesthesie toe te passen. Voorbeelden hiervan zijn Centrum Labyrint te Antwerpen met Ziekenhuis aan de Stroom (ZAS) en City Planning met het Sint-Pietersziekenhuis te Brussel.

In de centra is in geval van chirurgische zwangerschapsafbrekingen tot en met 12 weken na conceptie, enkel lokale verdoving mogelijk. Van de 633, resp. 548 (cijfers voor 2022, resp. 2023) zwangerschapsafbrekingen onder volledige anesthesie, vonden er 624 (99%), resp. 533 (97%) plaats in centra verbonden aan een ziekenhuis.

Verdoving bij chirurgische zwangerschapsafbrekingen,
gedifferentieerd naar zwangerchapsduur en naar type instelling -
2022



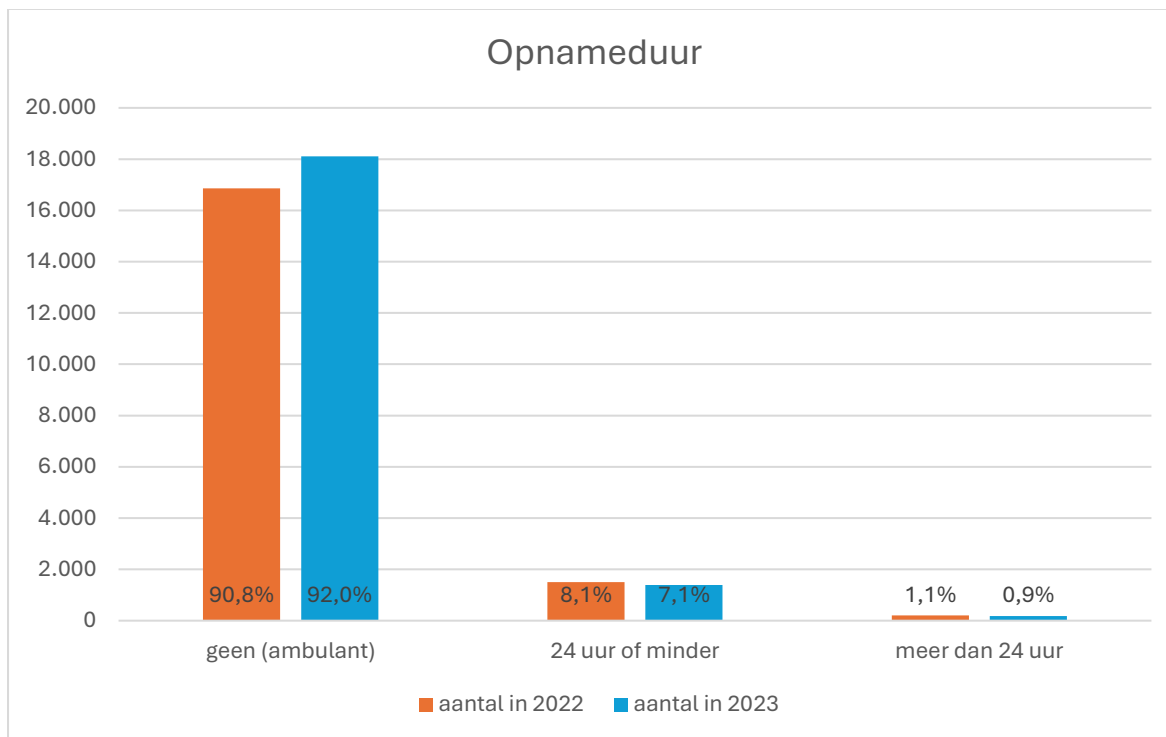
Verdoving bij chirurgische zwangerschapsafbrekingen,
gedifferentieerd naar zwangerchapsduur en naar type instelling -
2023



3.1.4.3 Opnameduur

A. Algemeen

opnameduur	aantal in 2022	aantal in 2023	percentage in 2022	percentage in 2023
geen (ambulant)	16.857	18.110	90,8%	92,0%
24 uur of minder	1.509	1.391	8,1%	7,1%
meer dan 24 uur	208	185	1,1%	0,9%
Totaal	18.574	19.686	100%	100%



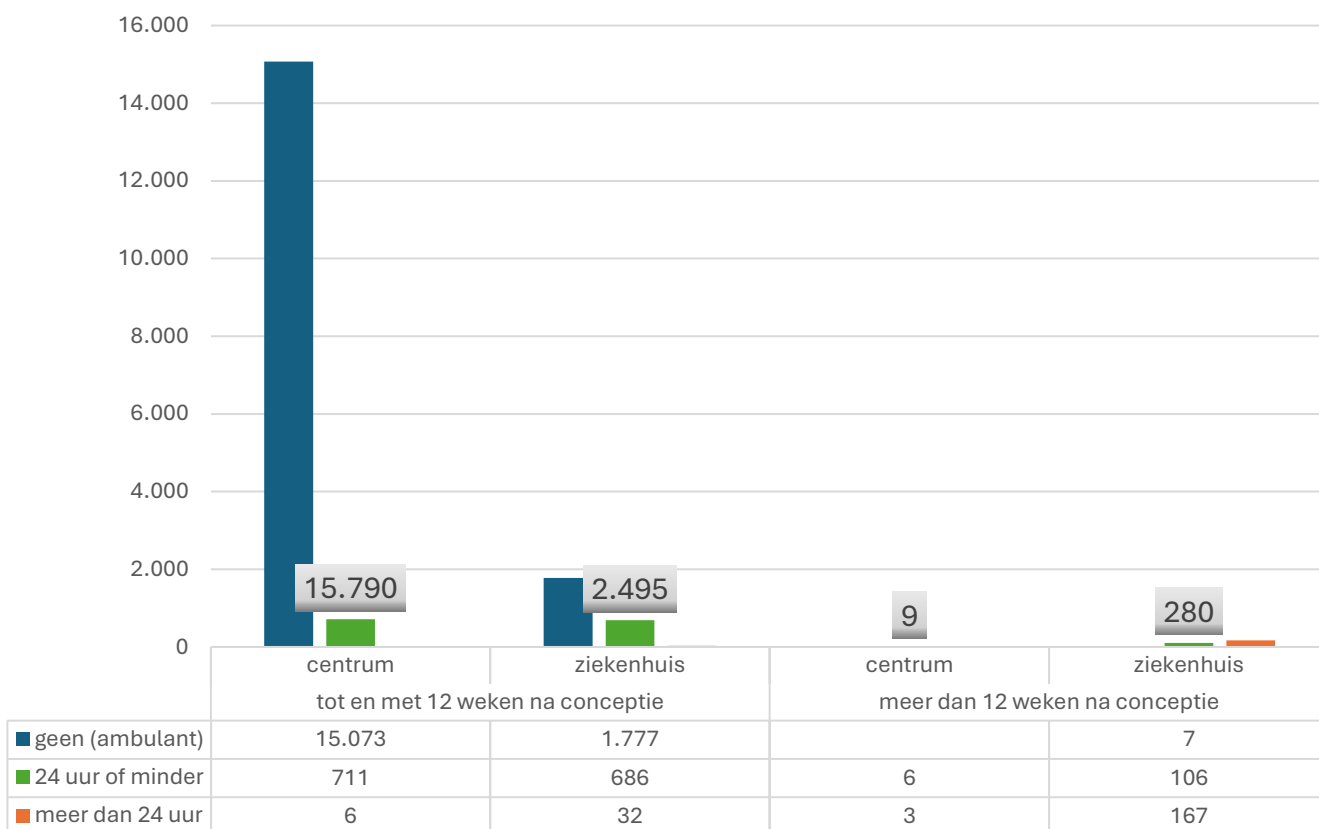
B. Opnameduur, naar zwangerschapsduur na conceptie en type instelling

Opmerking:

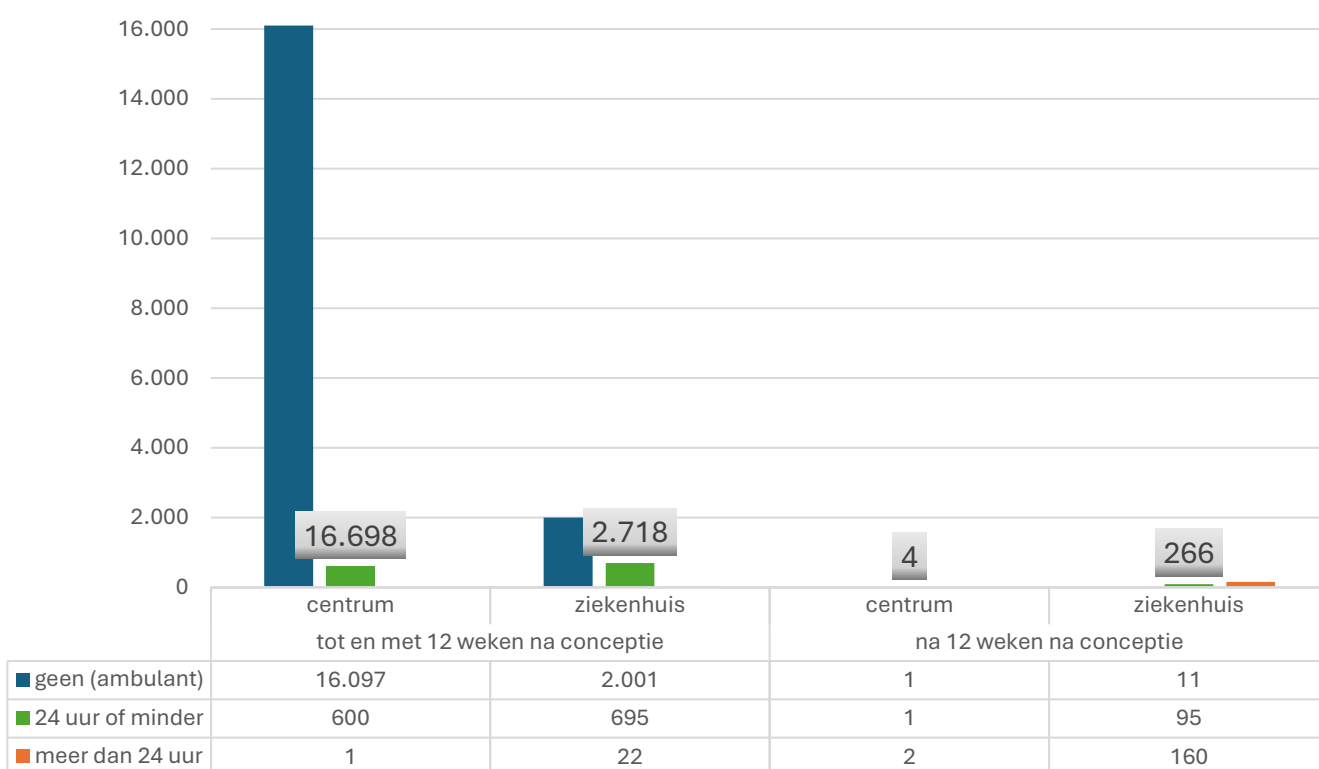
Sommige centra, verbonden aan een ziekenhuis, maken gebruik van de faciliteiten van deze ziekenhuizen. Voorbeelden hiervan zijn Centrum Labyrint te Antwerpen met Ziekenhuis aan de Stroom (ZAS) en City Planning met het Sint-Pietersziekenhuis te Brussel.

In de centra die niet verbonden zijn aan een ziekenhuis, is een opname van meer dan 24 uur niet mogelijk.

Opnameduur, naar zwangerschapsduur na conceptie en type instelling - 2022



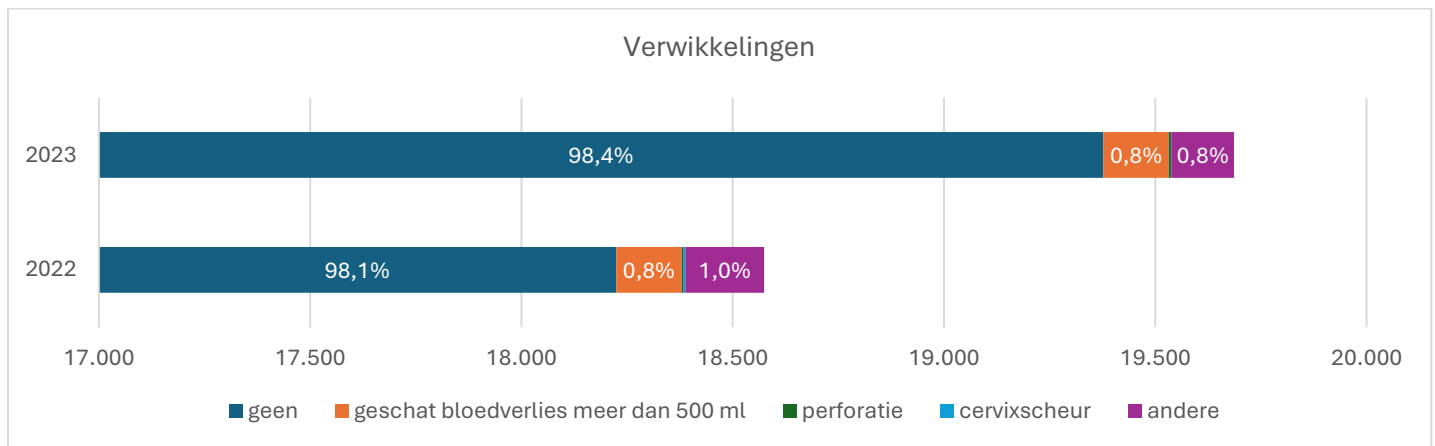
Opnameduur, naar zwangerschapsduur na conceptie en type instelling - 2023



3.1.4.4 Onmiddellijke medische verwikkelingen

A. Algemeen

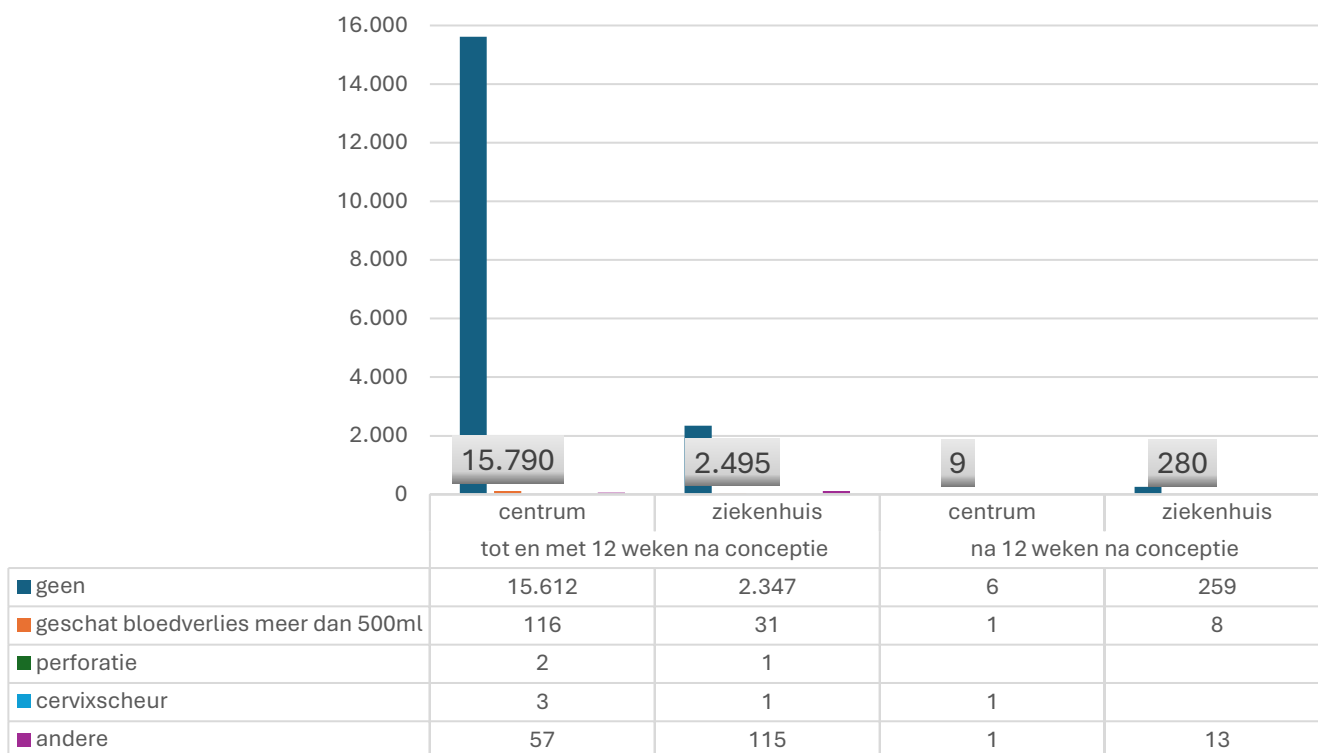
medische verwikkelingen	aantal in 2022	aantal in 2023	percentage in 2022	percentage in 2023
geen	18.224	19.377	98,1%	98,4%
geschat bloedverlies meer dan 500 ml	156	155	0,8%	0,8%
perforatie	3	5	0,02%	0,03%
cervixscheur	5	1	0,03%	0,01%
andere ¹⁶	186	148	1%	0,8%
Totaal	18.574	19.686	100%	100%



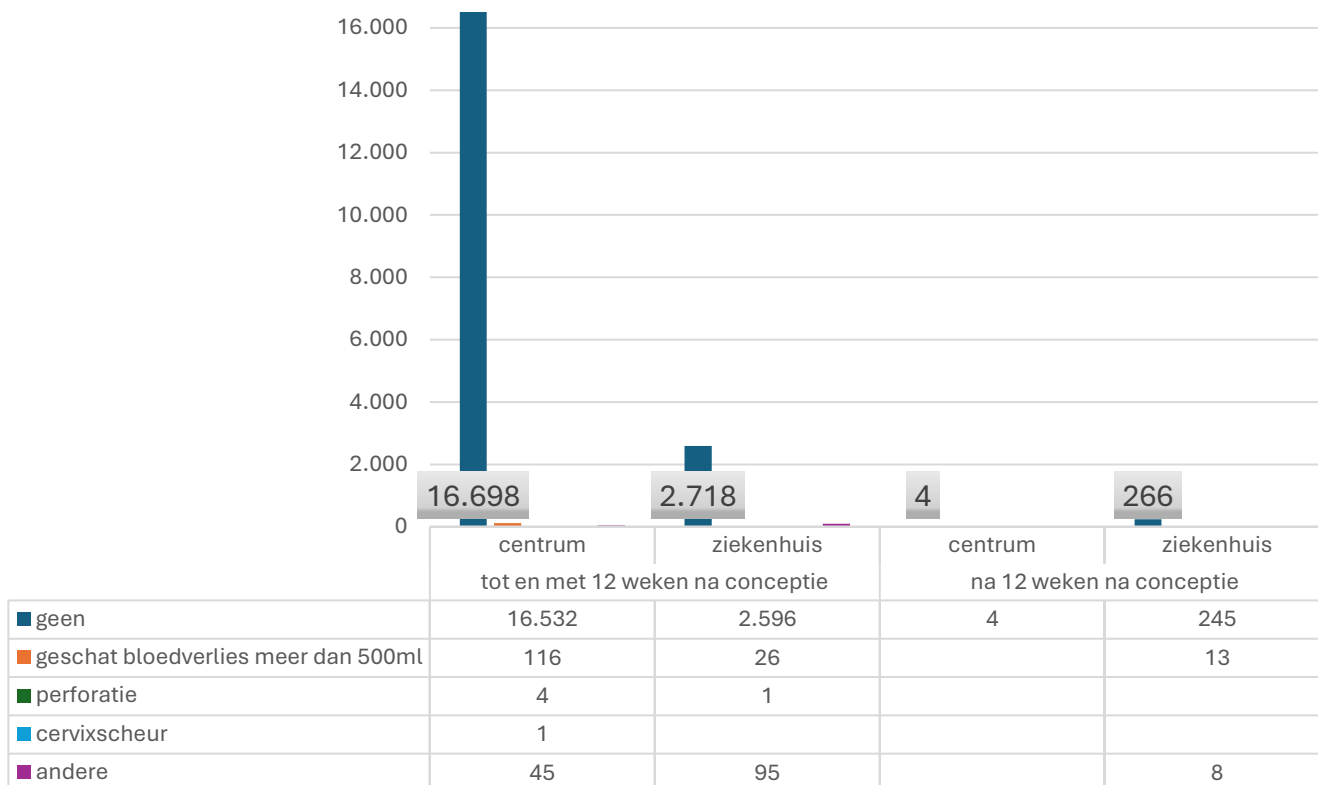
¹⁶ Toelichting met betrekking tot de ‘andere’ verwikkelingen: zie 3.3.1.8 “Andere” onmiddellijke medische verwikkelingen op p. 81.

B. Onmiddellijke medische complicaties, gedifferentieerd naar zwangerschapsduur na conceptie en type instelling

Medische complicaties,
naar zwangerschapsduur na conceptie en type instelling - 2022

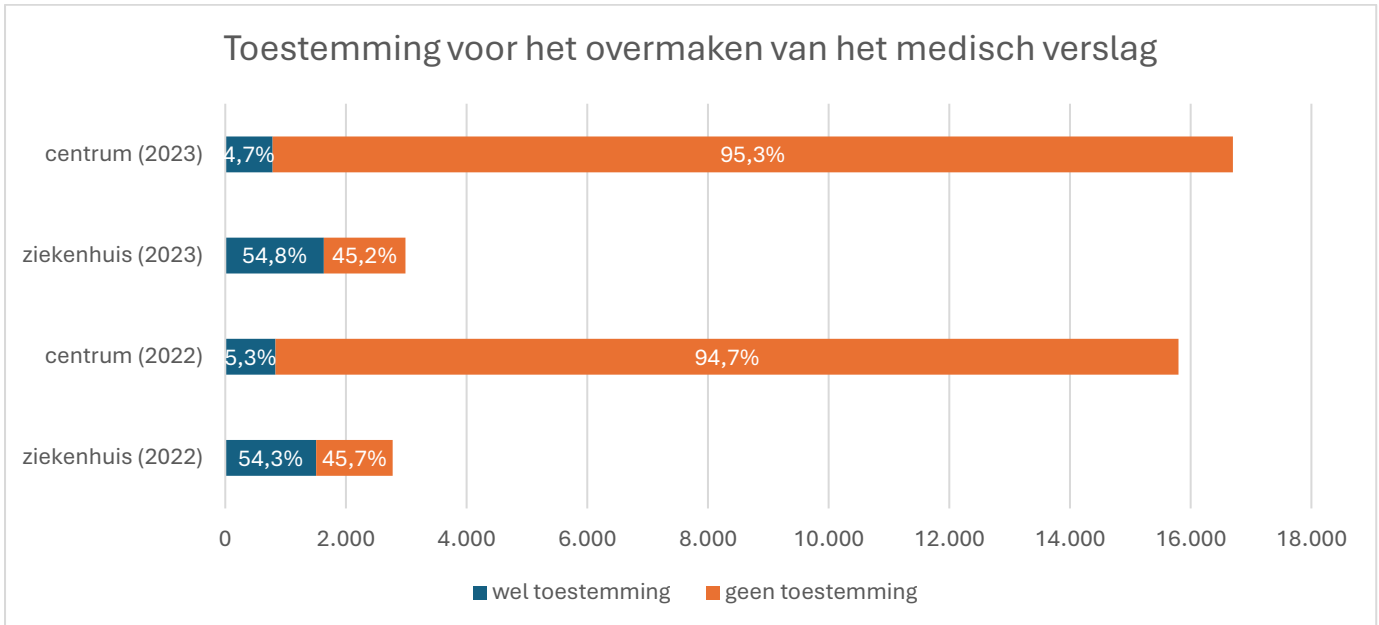


Medische complicaties,
naar zwangerschapsduur na conceptie en type instelling - 2023



3.1.4.5 Toestemming voor het overmaken van het medisch verslag aan de behandelende arts

toestemming	2022			2023		
	centrum	ziekenhuis	totaal	centrum	ziekenhuis	Totaal
wel toestemming	834 (5,3%)	1.506 (54,3%)	2.340 (12,6%)	784 (4,7%)	1.634 (54,8%)	2.418 (12,3%)
geen toestemming	14.965 (94,7%)	1.269 (45,7%)	16.234 (87,4%)	15.918 (95,3%)	1.350 (45,2%)	17.268 (87,7%)
Totaal	15.799 (100%)	2.775 (100%)	18.574 (100%)	16.702 (100%)	2.984 (100%)	19.686 (100%)



3.2 Gekruiste tabellen

3.2.1 Redenen

3.2.1.1 Woonplaats van de vrouw en het invoeren van relationele of familiale redenen

woonplaats	2022			2023		
	totaal aantal abortussen	aantal abortussen omwille van relationele of familiale redenen	% abortussen omwille van relationele of familiale redenen ten opzichte van het totaal aantal in deze woonplaats	totaal aantal abortussen	aantal abortussen omwille van relationele of familiale redenen	% abortussen omwille van relationele of familiale redenen ten opzichte van het totaal aantal in deze woonplaats
West-Vlaanderen	1.301 (7%)	345	26,5%	1.434 (7,3%)	351	24,5%
Oost-Vlaanderen	2.072 (11,2%)	397	19,2%	2.263 (11,5%)	381	16,8%
Antwerpen	3.003 (16,2%)	690	23,0%	3.180 (16,2%)	751	23,6%
Limburg	1.024 (5,5%)	231	22,6%	1.115 (5,7%)	253	22,7%
Vlaams-Brabant	1.554 (8,4%)	326	21,0%	1.524 (7,7%)	316	20,7%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	3.043 (16,4%)	529	17,4%	2.977 (15,1%)	430	14,4%
Waals-Brabant	648 (3,5%)	119	18,4%	672 (3,4%)	139	20,7%
Henegouwen	2.621 (14,1%)	777	29,6%	3.030 (15,4%)	821	27,1%
Namen	901 (4,9%)	241	26,7%	989 (5%)	227	23,0%
Luik	1.721 (9,3%)	259	15,0%	1.837 (9,3%)	269	14,6%
Luxemburg	462 (2,5%)	86	18,6%	444 (2,3%)	65	14,6%
buitenland	163 (0,9%)	29	17,8%	159 (0,8%)	37	23,3%
zonder vaste woonplaats - zonder verblijfsvergunning	48 (0,3%)	7	14,6%	45 (0,2%)	9	20%
blanco - niet meegedeeld	13 (0,1%)	1	7,7%	17 (0,1%)	4	23,5%
Totaal	18.574 (100%)	4.037	21,70%	19.686 (100%)	4.053	20,6%

Deze tabel vermeldt per provincie (woonplaats) het aantal vrouwen dat één of meerdere relationele of familiale redenen aanhaalt, als reden voor de zwangerschapsafbreking. Artsen kunnen tot 3 redenen invullen op het registratieformulier. Als een vrouw meerdere relationele of familiale redenen aanhaalt, wordt dit slechts één keer opgenomen in de tabel.

3.2.1.2 Woonplaats van de vrouw en het invoeren van financiële of materiële redenen

woonplaats	2022			2023		
	totaal aantal abortussen	aantal abortussen omwille van financiële of materiële redenen	% abortussen omwille van financiële of materiële redenen ten opzichte van het totaal aantal in deze woonplaats	totaal aantal abortussen	aantal abortussen omwille van financiële of materiële redenen	% abortussen omwille van financiële of materiële redenen ten opzichte van het totaal aantal in deze woonplaats
West-Vlaanderen	1.301 (7%)	272	20,9%	1.434 (7,3%)	372	25,9%
Oost-Vlaanderen	2.072 (11,2%)	226	10,9%	2.263 (11,5%)	215	9,5%
Antwerpen	3.003 (16,2%)	341	11,4%	3.180 (16,2%)	387	12,2%
Limburg	1.024 (5,5%)	182	17,8%	1.115 (5,7%)	129	11,6%
Vlaams-Brabant	1.554 (8,4%)	224	14,4%	1.524 (7,7%)	206	13,5%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	3.043 (16,4%)	369	12,1%	2.977 (15,1%)	290	9,7%
Waals-Brabant	648 (3,5%)	106	16,4%	672 (3,4%)	92	13,7%
Henegouwen	2.621 (14,1%)	721	27,5%	3.030 (15,4%)	671	22,1%
Namen	901 (4,9%)	168	18,6%	989 (5%)	199	20,1%
Luik	1.721 (9,3%)	210	12,2%	1.837 (9,3%)	229	12,5%
Luxemburg	462 (2,5%)	35	7,6%	444 (2,3%)	30	6,8%
buitenland	163 (0,9%)	21	12,9%	159 (0,8%)	25	15,7%
zonder vaste woonplaats - zonder verblijfsvergunning	48 (0,3%)	12	25,0%	45 (0,2%)	12	26,7%
blanco - geen antwoord	13 (0,1%)	1	7,7%	17 (0,1%)	3	17,6%
Totaal	18.574 (100%)	2.888	15,5%	19.686 (100%)	2.860	14,5%

Deze tabel vermeldt per provincie (woonplaats) het aantal vrouwen dat één of meerdere financiële of materiële redenen aanhaalt, als reden voor de zwangerschapsafbreking. Artsen kunnen tot 3 redenen invullen op het registratieformulier. Als een vrouw meerdere financiële of materiële redenen aanhaalt, wordt dit slechts één keer opgenomen in de tabel.

3.2.1.3 Redenen en leeftijdscategorie

2022 aangehaalde reden	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	Totaal
persoonlijke redenen	44 (98%)	1.173 (83%)	2.843 (73%)	3.029 (68%)	3.050 (68%)	2.277 (74%)	919 (81%)	88 (90%)	2 (100%)	13.425 (72%)
relationele of familiale problemen	2 (4%)	195 (14%)	867 (22%)	1.101 (25%)	1.085 (24%)	612 (20%)	168 (15%)	7 (7%)		4.037 (22%)
financiële of materiële redenen	6 (13%)	448 (32%)	1.002 (26%)	670 (15%)	468 (10%)	234 (8%)	60 (5%)			2.888 (16%)
redenen omwille van geweldpleging of dwang	1 (2%)	21 (1%)	54 (1%)	62 (1%)	47 (1%)	37 (1%)	6 (0,5%)			228 (1%)
redenen omwille van ideologische of filosofische overtuigingen		7 (0,5%)	30 (1%)	33 (0,7%)	17 (0,4%)	6 (0,2%)	4 (0,4%)			97 (0,5%)
redenen wegens gezondheid	1 (2%)	24 (2%)	140 (4%)	321 (7%)	432 (10%)	313 (10%)	123 (11%)	12 (12%)		1.366 (7%)
precaire administratieve situatie		13 (1%)	31 (1%)	45 (1%)	59 (1%)	33 (1%)	6 (0,5%)			187 (1%)
andere redenen ¹⁷		58 (4%)	174 (4%)	213 (5%)	208 (5%)	139 (5%)	42 (4%)	2 (2%)		836 (5%)
Totaal aantal zwangerschapsafbrekingen	45	1.409	3.914	4.429	4.464	3.079	1.134	98	2	18.574

2023 aangehaalde reden	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	Totaal
persoonlijke redenen	41 (95%)	1.433 (89%)	3.250 (80%)	3.716 (79%)	3.713 (78%)	2.636 (82%)	1.081 (87%)	88 (93%)	1 (100%)	15.959 (81%)
relationele of familiale problemen	4 (9%)	233 (14%)	815 (20%)	1.120 (24%)	1.073 (23%)	621 (19%)	177 (14%)	10 (11%)		4.053 (21%)
financiële of materiële redenen	6 (14%)	499 (31%)	983 (24%)	650 (14%)	456 (10%)	209 (7%)	54 (4%)	3 (3%)		2.860 (15%)
redenen omwille van geweldpleging of dwang	2 (5%)	24 (1%)	56 (1%)	81 (2%)	48 (1%)	36 (1%)	8 (0,6%)			255 (1%)
redenen omwille van ideologische of filosofische overtuigingen		10 (0,6%)	27 (0,7%)	30 (0,6%)	8 (0,2%)	12 (0,4%)		1 (1%)		88 (0,4%)
redenen wegens gezondheid	2 (5%)	29 (2%)	160 (4%)	328 (7%)	482 (10%)	301 (9%)	136 (11%)	11 (12%)		1.449 (7%)
precaire administratieve situatie		10 (1%)	42 (1%)	50 (1%)	41 (1%)	26 (1%)	11 (1%)			180 (1%)
andere redenen ¹⁷		32 (2%)	143 (4%)	148 (3%)	181 (4%)	116 (4%)	25 (2%)	3 (3%)		648 (3%)
Totaal aantal zwangerschapsafbrekingen	43	1.612	4.052	4.705	4.734	3.204	1.240	95	1	19.686

Deze tabel vermeldt de aard van de redenen voor de zwangerschapsafbreking die de vrouw aanhaalt per leeftijdscategorie.

Artsen kunnen tot 3 redenen invullen op het registratieformulier. Het totaal aantal redenen is dus hoger dan het aantal zwangerschapsafbrekingen.

¹⁷ Toelichting met betrekking tot de 'andere' aangehaalde redenen: zie 3.3.1.1 "Andere" genoemde redenen vanaf p. 74.

Als een vrouw meerdere redenen uit dezelfde rubriek aanhaalt, wordt dit slechts één keer opgenomen in de tabel. Bijvoorbeeld: een vrouw die zich te oud voelt, van mening is een voltooid gezin te hebben en financiële problemen heeft, zal één keer opgenomen worden in de rubriek ‘persoonlijke redenen’ en één keer in de rubriek ‘financiële of materiële redenen’.

De vermelde percentages dienen geïnterpreteerd te worden in functie van het totaal aantal registratieformulieren. Bijvoorbeeld: in 2022 gaf 22% van de vrouwen (4.037 op een totaal van 18.574) (één of meerdere) relationele of familiale problemen op als reden voor de zwangerschapsafbreking. Binnen de leeftijdscategorie van de 25 tot 29-jarigen ging het om 25% (1.101 op een totaal van 4.429).

3.2.1.4 Redenen en leef / woonsituatie

2022 leef-/woonsituatie	woont alleen	woont als koppel	woont bij ouders/familie	andere
persoonlijke redenen	4.429 (52,5%)	6.896 (63,7%)	2.829 (54,9%)	310 (41,9%)
relationele of familiale problemen	2.369 (28,1%)	1.003 (9,3%)	838 (16,3%)	149 (20,2%)
financiële of materiële redenen	884 (10,5%)	1.187 (11%)	1.142 (22,2%)	135 (18,3%)
redenen omwille van geweldpleging of dwang	112 (1,3%)	43 (0,4%)	61 (1,2%)	17 (2,3%)
redenen omwille van ideologische of filosofische overtuigingen	40 (0,5%)	17 (0,2%)	34 (0,7%)	7 (0,9%)
redenen wegens gezondheid	246 (2,9%)	1.276 (11,8%)	84 (1,6%)	18 (2,4%)
precaire administratieve situatie	54 (0,6%)	63 (0,6%)	14 (0,3%)	56 (7,6%)
andere redenen ¹⁷	296 (3,5%)	344 (3,2%)	149 (2,9%)	47 (6,4%)
Totaal	8.430 (100%)	10.829 (100%)	5.151 (100%)	739 (100%)

2023 leef-/woonsituatie	woont alleen	woont als koppel	woont bij ouders/familie	andere
persoonlijke redenen	4.804 (55,6%)	7.609 (66%)	3.044 (55,6%)	430 (49,9%)
relationele of familiale problemen	2.330 (27%)	994 (8,6%)	881 (16,1%)	147 (17,1%)
financiële of materiële redenen	803 (9,3%)	1.165 (10,1%)	1.210 (22,1%)	135 (15,7%)
redenen omwille van geweldpleging of dwang	104 (1,2%)	64 (0,6%)	65 (1,2%)	31 (3,6%)
redenen omwille van ideologische of filosofische overtuigingen	22 (0,3%)	31 (0,3%)	38 (0,7%)	1 (0,1%)
redenen wegens gezondheid	301 (3,5%)	1.322 (11,5%)	113 (2,1%)	25 (2,9%)
precaire administratieve situatie	52 (0,6%)	54 (0,5%)	14 (0,3%)	60 (7%)
andere redenen ¹⁷	222 (2,6%)	284 (2,5%)	110 (2%)	32 (3,7%)
Totaal	8.638 (100%)	11.523 (100%)	5.475 (100%)	861 (100%)

3.2.2 Voorbehoedsmiddelen

3.2.2.1 Geen voorbehoedsmiddel gebruikt per leeftijdscategorie

2022 geen voorbehoedsmiddel gebruikt want:	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
zwangerschap niet gewenst	28 (96,6%)	691 (97,7%)	1.692 (94,2%)	1.806 (88,4%)	1.749 (85,1%)	1.213 (84,1%)	451 (84,1%)	44 (83%)	1 (100%)
zwangerschap wel gewenst	1 (3,4%)	7 (1%)	68 (3,8%)	195 (9,5%)	253 (12,3%)	158 (11%)	52 (9,7%)	4 (7,5%)	
veronderstelde onvruchtbaarheid		8 (1,1%)	26 (1,4%)	34 (1,7%)	38 (1,8%)	59 (4,1%)	30 (5,6%)	5 (9,4%)	
man weigerde anticonceptie		1 (0,1%)	5 (0,3%)	4 (0,2%)	6 (0,3%)	6 (0,4%)	1 (0,2%)		
andere verklaring ¹⁸			5 (0,3%)	5 (0,2%)	9 (0,4%)	6 (0,4%)	3 (0,4%)		
Totaal	29 (100%)	707 (100%)	1.796 (100%)	2.044 (100%)	2.055 (100%)	1.442 (100%)	537 (100%)	53 (100%)	1 (100%)

2023 geen voorbehoedsmiddel gebruikt want:	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
zwangerschap niet gewenst	27 (100%)	763 (96,7%)	1.698 (93,8%)	1.800 (88,4%)	1.764 (84,6%)	1.222 (85,9%)	518 (83,7%)	48 (92,3%)	1 (100%)
zwangerschap wel gewenst		13 (1,6%)	75 (4,1%)	177 (8,7%)	246 (11,8%)	146 (10,3%)	48 (7,8%)	2 (3,8%)	
veronderstelde onvruchtbaarheid		8 (1%)	25 (1,4%)	37 (1,8%)	48 (2,3%)	45 (3,2%)	43 (6,9%)	1 (1,9%)	
man weigerde anticonceptie		2 (0,3%)	7 (0,4%)	10 (0,5%)	12 (0,6%)	1 (0,1%)	5 (0,8%)		
andere verklaring ¹⁸		3 (0,4%)	6 (0,3%)	13 (0,6%)	14 (0,7%)	8 (0,6%)	5 (0,8%)	1 (1,9%)	
Totaal	27 (100%)	789 (100%)	1.811 (100%)	2.037 (100%)	2.084 (100%)	1.422 (100%)	619 (100%)	52 (100%)	1 (100%)

Opmerking:

Wanneer de vrouw heeft verklaard (registratieformulier) geen voorbehoedsmiddel te hebben gebruikt, wil dat zeggen dat de vrouw geen anticonceptie heeft gebruikt tijdens de maand van de conceptie.

¹⁸Toelichting met betrekking tot de 'andere' verklaringen met betrekking tot het niet gebruiken van een voorbehoedsmiddel: zie 3.3.1.4 "Andere" verklaringen van de vrouwen die geen anticonceptie gebruikten in de maand van conceptie op p. 78.

3.2.2.2 Wel voorbehoedmiddel(en) gebruikt per leeftijdscategorie

2022 methode	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
coïtus interruptus		34 (4,6%)	125 (5,5%)	133 (5,1%)	145 (5,5%)	127 (7%)	49 (7,3%)	4 (8,5%)	
periodieke onthouding		31 (4,1%)	159 (7%)	309 (11,8%)	358 (13,5%)	289 (15,9%)	155 (23,2%)	10 (21,3%)	
spermicide middelen			2 (0,1%)	1	3 (0,1%)	2 (0,1%)	2 (0,3%)		
pessarium		2 (0,3%)	4 (0,2%)	4 (0,2%)	12 (0,5%)	5 (0,3%)	3 (0,4%)		
condoom	11 (68,7%)	214 (28,7%)	639 (28%)	734 (28%)	741 (27,9%)	488 (26,9%)	186 (27,9%)	13 (27,7%)	1 (50%)
orale pil	3 (18,7%)	349 (46,8%)	953 (41,8%)	939 (35,8%)	847 (31,9%)	555 (30,6%)	171 (25,6%)	13 (27,7%)	1 (50%)
prikpil		4 (0,5%)	22 (1%)	17 (0,6%)	20 (0,8%)	11 (0,6%)	2 (0,3%)	1 (2,1%)	
koperspiraal		11 (1,5%)	56 (2,5%)	59 (2,3%)	48 (1,8%)	32 (1,8%)	6 (0,9%)	1 (2,1%)	
hormoonspiraal		4 (0,5%)	10 (0,4%)	14 (0,5%)	9 (0,3%)	15 (0,8%)	3 (0,4%)	1 (2,1%)	
sterilisatie man			4 (0,2%)	4 (0,2%)	17 (0,6%)	20 (1,1%)	6 (0,9%)		
sterilisatie vrouw				1	3 (0,1%)	1 (0,1%)	5 (0,7%)	1 (2,1%)	
noodpil	1 (6,3%)	53 (7,1%)	154 (6,7%)	174 (6,6%)	176 (6,6%)	98 (5,4%)	26 (3,9%)	1 (2,1%)	
implant	1 (6,3%)	2 (0,3%)	6 (0,3%)	5 (0,2%)	8 (0,3%)	7 (0,4%)	2 (0,3%)		
patch		9 (1,2%)	25 (1,1%)	37 (1,4%)	27 (1%)	30 (1,7%)	5 (0,7%)	1 (2,1%)	
vaginale ring		14 (1,9%)	42 (1,8%)	50 (1,9%)	71 (2,7%)	38 (2,1%)	4 (0,6%)		
N.F.P.: symptothermale methode		8 (1%)	23 (1%)	51 (1,9%)	67 (2,5%)	41 (2,3%)	19 (2,8%)		
elektronische of digitale applicatie		11 (1,5%)	51 (2,2%)	68 (2,6%)	94 (3,5%)	49 (2,7%)	21 (3,1%)	1 (2,1%)	
andere anticonceptiva ¹⁹			7 (0,3%)	21 (0,8%)	10 (0,4%)	7 (0,4%)	2 (0,3%)		
Totaal	16 (100%)	746 (100%)	2.282 (100%)	2.621 (100%)	2.656 (100%)	1.815 (100%)	667 (100%)	47 (100%)	2 (100%)

¹⁹ Toelichting met betrekking tot de ‘andere’ gebruikte voorbehoedsmiddelen: zie 3.3.1.5 “Andere” anticonceptiemethode op p. 79.

2023 methode	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
coïtus interruptus	1 (5,5%)	30 (3,4%)	139 (5,7%)	164 (5,5%)	198 (6,7%)	160 (8,1%)	58 (8,2%)	8 (16,3%)
periodieke onthouding	1 (5,5%)	31 (3,5%)	212 (8,6%)	330 (11,1%)	367 (12,4%)	313 (15,8%)	152 (21,5%)	11 (22,4%)
spermicide middelen				1	3 (0,1%)	2 (0,1%)	1 (0,1%)	1 (2%)
pessarrium			3 (0,1%)	5 (0,2%)	11 (0,4%)	5 (0,3%)	2 (0,3%)	
condoom	10 (55,6%)	290 (33,1%)	728 (29,7%)	888 (29,9%)	860 (28,9%)	568 (28,6%)	199 (28,2%)	15 (30,6%)
orale pil	3 (16,7%)	387 (44,2%)	894 (36,4%)	945 (31,8%)	877 (29,5%)	531 (26,7%)	147 (20,8%)	9 (18,4%)
prikkpil		9 (1%)	18 (0,7%)	20 (0,7%)	13 (0,4%)	11 (0,6%)	5 (0,7%)	
koperspiraal		10 (1,1%)	60 (2,4%)	44 (1,5%)	51 (1,7%)	31 (1,6%)	10 (1,4%)	
hormoonspiraal		2 (0,2%)	17 (0,7%)	18 (0,6%)	21 (0,7%)	14 (0,7%)	7 (1%)	
sterilisatie man			2 (0,1%)	5 (0,2%)	28 (0,9%)	13 (0,7%)	5 (0,7%)	
sterilisatie vrouw		1 (0,1%)		2 (0,1%)	2 (0,1%)	3 (0,2%)	1 (0,1%)	
noodpil	3 (16,7%)	62 (7,1%)	172 (7%)	200 (6,7%)	193 (6,5%)	122 (6,1%)	38 (5,4%)	
implant		5 (0,6%)	5 (0,2%)	10 (0,3%)	7 (0,2%)	2 (0,1%)	2 (0,3%)	
patch		8 (0,9%)	37 (1,5%)	54 (1,8%)	55 (1,9%)	40 (2%)	6 (0,8%)	
vaginale ring		17 (1,9%)	51 (2,1%)	72 (2,4%)	85 (2,9%)	43 (2,2%)	15 (2,1%)	
N.F.P.: symptothermale methode		6 (0,7%)	31 (1,3%)	69 (2,3%)	57 (1,9%)	39 (2%)	20 (2,8%)	2 (4,1%)
elektronische of digitale applicatie		11 (1,3%)	75 (3,1%)	123 (4,1%)	118 (4%)	78 (3,9%)	31 (4,4%)	3 (6,1%)
andere anticonceptiva ¹⁹		7 (0,8%)	11 (0,4%)	21 (0,7%)	27 (0,9%)	12 (0,6%)	7 (1%)	
Totaal	18 (100%)	876 (100%)	2.455 (100%)	2.971 (100%)	2.973 (100%)	1.987 (100%)	706 (100%)	49 (100%)

3.2.3 Methode van zwangerschapsafbreking

3.2.3.1 Methode van zwangerschapsafbreking naar de zwangerschapsduur na conceptie

aantal weken zwangerschap na conceptie	2022			2023		
	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	andere methode ²⁰	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	andere methode ²⁰
0 ²¹	2 (0,03%)	1 (0,01%)		1 (0,01%)		
1	20 (0,27%)	1 (0,01%)		7 (0,08%)		
2	205 (2,76%)	25 (0,22%)		326 (3,78%)	41 (0,37%)	1 (6,67%)
3	1.181 (15,92%)	349 (3,13%)		1.421 (16,47%)	363 (3,29%)	
4	2.537 (34,21%)	1.493 (13,39%)	1 (25%)	2.869 (33,25%)	1.616 (14,63%)	2 (13,33%)
5	2.051 (27,65%)	2.327 (20,86%)		2.419 (28,04%)	2.289 (20,73%)	2 (13,33%)
6	859 (11,58%)	2.398 (21,5%)	1 (25%)	942 (10,92%)	2.303 (20,85%)	1 (6,67%)
7	167 (2,25%)	1.802 (16,16%)		258 (2,99%)	1.756 (15,9%)	2 (13,33%)
8	22 (0,3%)	1.106 (9,92%)		46 (0,53%)	1.104 (10%)	1 (6,67%)
9	18 (0,24%)	700 (6,28%)		12 (0,14%)	660 (5,98%)	
10	13 (0,18%)	507 (4,55%)		9 (0,1%)	490 (4,44%)	
11	29 (0,39%)	305 (2,73%)		26 (0,3%)	300 (2,72%)	2 (13,33%)
12	33 (0,44%)	132 (1,18%)		31 (0,36%)	116 (1,05%)	
13	35 (0,47%)	2 (0,02%)		32 (0,37%)		
14	33 (0,44%)	1 (0,01%)		42 (0,49%)		
15	26 (0,35%)			30 (0,35%)	1 (0,01%)	1 (6,67%)
16	29 (0,39%)	1 (0,01%)		26 (0,3%)	1 (0,01%)	1 (6,67%)
17	14 (0,19%)	1 (0,01%)		15 (0,17%)		1 (6,67%)
18	12 (0,16%)			13 (0,15%)		
19	11 (0,15%)			10 (0,12%)		
20	11 (0,15%)		1 (25%)	16 (0,19%)		
21	19 (0,26%)			14 (0,16%)		
22	14 (0,19%)			10 (0,12%)		
23	17 (0,23%)			7 (0,08%)		
24	10 (0,13%)			8 (0,09%)		
25	5 (0,07%)	1 (0,01%)		4 (0,05%)		1 (6,67%)
26	7 (0,09%)		1 (25%)	11 (0,13%)		
27	3 (0,04%)			4 (0,05%)	1 (0,01%)	
28	5 (0,07%)			1 (0,01%)		
29	8 (0,11%)			7 (0,08%)	1 (0,01%)	
30	6 (0,08%)	1 (0,01%)		5 (0,06%)		
31	5 (0,07%)					
32	5 (0,07%)			3 (0,03%)		
33	3 (0,04%)					
34	2 (0,03%)			3 (0,03%)		
35						
36					1 (0,01%)	
Totaal	7.417 (100%)	11.153 (100%)	4 (100%)	8.628 (100%)	11.043 (100%)	15 (100%)

²⁰ Toelichting met betrekking tot de 'andere methodes' van zwangerschapsafbreking: zie 3.3.1.6 "Andere" methode van zwangerschapsafbreking op p. 80

²¹ Bij het invullen van het registratiedocument heeft een arts het aantal weken zwangerschap verkeerd geïnterpreteerd. Immers: 0 weken sinds de bevruchting (2 weken amenorroe) komt overeen met de eisprong. Het is daarom onmogelijk om de zwangerschap af te breken bij een zwangerschapsduur van 0 weken sinds de bevruchting.

3.2.3.2 Methode van zwangerschapsafbreking en onmiddellijke medische verwikkelingen

verwikkeling	2022			2023		
	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	andere methode ²⁰	medicamenteuze methode	chirurgische ingreep	andere methode ²⁰
geen	7.199 (97,1%)	11.021 (98,8%)	4 (100%)	8.452 (98%)	10.913 (98,8%)	12 (80%)
bloedverlies	68 (0,9%)	88 (0,8%)		70 (0,8%)	83 (0,8%)	2 (13,3%)
perforatie		3			5	
cervixscheur	1	4			1	
andere	149 (2%)	37 (0,3%)		106 (1,2%)	41 (0,4%)	1 (6,7%)
Totaal	7.417 (100%)	11.153 (100%)	4 (100%)	8.628 (100%)	11.043 (100%)	15 (100%)

3.2.3.3 Methode van zwangerschapsafbreking en leeftijdscategorieën

2022 methode van zwangerschapsafbreking	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
medicamenteuze methode	15 (33,3%)	474 (33,6%)	1.365 (34,9%)	1.885 (42,6%)	1.891 (42,4%)	1.265 (41,1%)	484 (42,7%)	36 (36,7%)	2 (100%)
chirurgische ingreep	30 (66,7%)	935 (66,4%)	2.549 (65,1%)	2.543 (57,4%)	2.571 (57,6%)	1.813 (58,9%)	650 (57,3%)	62 (63,3%)	
andere methode ²⁰				1 (0,02%)	2 (0,04%)	1 (0,03%)			
Totaal	45 (100%)	1.409 (100%)	3.914 (100%)	4.429 (100%)	4.464 (100%)	3.079 (100%)	1.134 (100%)	98 (100%)	2 (100%)

2023 methode van zwangerschapsafbreking	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
medicamenteuze methode	19 (44,2%)	591 (36,7%)	1.665 (41,1%)	2.164 (46%)	2.200 (46,5%)	1.417 (44,2%)	526 (42,4%)	46 (48,4%)	
chirurgische ingreep	24 (55,8%)	1.021 (63,3%)	2.386 (58,9%)	2.538 (53,9%)	2.529 (53,4%)	1.783 (55,6%)	713 (57,5%)	48 (50,5%)	1 (100%)
andere methode ²⁰			1 (0,02%)	3 (0,1%)	5 (0,1%)	4 (0,1%)	1 (0,1%)	1 (1,1%)	
Totaal	43 (100%)	1.612 (100%)	4.052 (100%)	4.705 (100%)	4.734 (100%)	3.204 (100%)	1.240 (100%)	95 (100%)	1 (100%)

3.2.4 Ziekenhuis of centrum

3.2.4.1 Ziekenhuis of centrum naar de woonplaats van de vrouw

woonplaats van de vrouw	2022		2023	
	centrum	ziekenhuis	centrum	ziekenhuis
West-Vlaanderen	1.219 (94%)	82 (6%)	1.367 (95%)	67 (5%)
Oost-Vlaanderen	1.914 (92%)	158 (8%)	2.101 (93%)	162 (7%)
Antwerpen	2.922 (97%)	81 (3%)	3.088 (97%)	92 (3%)
Limburg	990 (97%)	34 (3%)	1.085 (97%)	30 (3%)
Vlaams-Brabant	1.420 (91%)	134 (9%)	1.408 (92%)	116 (8%)
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	2.728 (90%)	315 (10%)	2.691 (90%)	286 (10%)
Waals-Brabant	535 (83%)	113 (17%)	568 (85%)	104 (15%)
Henegouwen	1.603 (61%)	1.018 (39%)	1.842 (61%)	1.188 (39%)
Namen	731 (81%)	170 (19%)	820 (83%)	169 (17%)
Luik	1.160 (67%)	561 (33%)	1.160 (63%)	677 (37%)
Luxemburg	400 (87%)	62 (13%)	388 (87%)	56 (13%)
Buitenland	123 (75%)	40 (25%)	127 (80%)	32 (20%)
zonder vaste woonplaats - zonder verblijfsvergunning	41 (85%)	7 (15%)	43 (96%)	2 (4%)
blanco - niet meegedeeld	13 (100%)		14 (82%)	3 (18%)
Totaal (gemiddeld)	15.799 (85%)	2.775 (15%)	16.702 (85%)	2.984 (15%)

3.2.4.2 Ziekenhuis of centrum volgens leeftijdscategorieën

leeftijdscategorie	2022			2023		
	centrum	ziekenhuis	totaal	centrum	ziekenhuis	totaal
10-14	37 (82%)	8 (18%)	45 (100%)	38 (88%)	5 (12%)	43 (100%)
15-19	1.227 (87%)	182 (13%)	1.409 (100%)	1.409 (87%)	203 (13%)	1.612 (100%)
20-24	3.449 (88%)	465 (12%)	3.914 (100%)	3.566 (88%)	486 (12%)	4.052 (100%)
25-29	3.754 (85%)	675 (15%)	4.429 (100%)	3.987 (85%)	718 (15%)	4.705 (100%)
30-34	3.745 (84%)	719 (16%)	4.464 (100%)	3.922 (83%)	812 (17%)	4.734 (100%)
35-39	2.563 (83%)	516 (17%)	3.079 (100%)	2.641 (82%)	563 (18%)	3.204 (100%)
40-44	941 (83%)	193 (17%)	1.134 (100%)	1.055 (85%)	185 (15%)	1.240 (100%)
45-49	81 (83%)	17 (17%)	98 (100%)	83 (87%)	12 (13%)	95 (100%)
50-54	2 (100%)		2 (100%)	1 (100%)		1 (100%)
Totaal (gemiddeld)	15.799 (85%)	2.775 (15%)	18.574 (100%)	16.702 (85%)	2.984 (15%)	19.686 (100%)

3.2.4.3 Ziekenhuis of centrum en zwangerschapsafbreking na 12 weken zwangerschapsduur na conceptie

zwangerschapsafbreking na 12 weken zwangerschapsduur na conceptie omwille van:	2022			2023		
	centrum	ziekenhuis	totaal	centrum	ziekenhuis	totaal
gevaar voor beiden		6 (2%)	6 (2%)		13 (5%)	13 (5%)
gevaar voor de moeder	1 (11%)	4 (1%)	5 (2%)	3 (75%)	3 (1%)	6 (2%)
gevaar voor het kind	8 (89%)	270 (96%)	278 (96%)	1 (25%)	248 (93%)	249 (92%)
geen gevaar voor moeder of kind gemeld					2 (1%)	2 (1%)
Totaal	9 (100%)	280 (100%)	289 (100%)	4 (100%)	266 (100%)	270 (100%)

Voor meer detail met betrekking tot de gevaren voor moeder en kind: zie 3.3.2 Bijlage 2: *zwangerschapsafbrekingen na de periode van 12 weken na conceptie* vanaf p. 82.

Meer kruistabellen in hoofdstuk 8 vanaf p. 129.

3.3 Bijlagen bij het statistisch verslag

3.3.1 Bijlage 1: toelichting bij de sub-rubriek "andere" in het registratiedocument voor een zwangerschapsafbreking

In de punten 1 tot 8 wordt de informatie gedetailleerd die wordt geregistreerd voor het element "andere" en die niet is opgenomen in een specifieke categorie van deel 3.1. Beschrijving.

3.3.1.1 "Andere" genoemde redenen

In toepassing van de wet van 15.10.2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen, zijn vrouwen niet langer verplicht een zwangerschapsafbreking te rechtvaardigen door een van de redenen (1 tot 99, p. 11) die worden voorgesteld op de achterzijde van het registratiedocument. Daarom vermelden steeds meer registratiedocumenten geen reden (blanco) of vermelden ze onder code 99- andere te preciseren: "geen meldingsplicht".

In sommige gevallen vertaalt één enkele code 99 zich in meerdere "andere" redenen. Zo zou de reden "autistisch kind, huiselijk geweld" twee keer opgenomen worden in onderstaande tabellen, respectievelijk onder "Specifieke situatie van het kind van de vrouw" en "Situatie van het koppel". Daarom kan het aantal vermelde redenen groter zijn dan het aantal items.

De rubriek "andere" is in 2022 gebruikt in 3,3% van het totaal aantal genoemde redenen (837 op 25.149 redenen) en in 2,5% (664 op 26.497 redenen) in 2023. 25.149 (resp. 26.497) zijn telkens het totale aantal geregistreerde redenen (p. 37). In 2022 en 2023 kunnen de meest genoemde "andere" redenen ondergebracht worden in de categorie 'wens van de vrouw'.

"andere" genoemde reden	2022	2023
wens van de vrouw	510 (60,9%)	383 (57,7%)
haar keuze	284 (56%)	176 (43%)
voelt zich niet klaar / niet in staat	166 (32,5%)	93 (24,5%)
gezinsmanagement / gezinsmanagement en leeftijd andere kinderen / gezinsmanagement en jonge kinderen	27 (5,5%)	20 (5%)
andere projecten / andere levensfase / wenst studie (opnieuw) op te nemen	12 (2,5%)	3 (1%)
geen zin	7 (1,5%)	79 (21%)
toekomst ziet er somber/onzeker uit (COVID, maatschappelijk, oorlog, crisis)	5 (1%)	2 (5,5%)
slechte timing	2 (0,5%)	2 (5,5%)
wenst geen zwangerschap	2 (0,5%)	
vreest geen (extra) kind te kunnen opvoeden	1 (0,2%)	1 (0,2%)
wil tijd voor zichzelf (als vrouw)	2 (0,5%)	4 (1,5%)
wil geen (extra) kind alleen opvoeden	1 (0,2%)	2 (0,5%)
wil geen kinderen van verschillende partners		1 (0,2%)
niet meegedeeld - geen meldingsplicht	78 (9,3%)	33 (5%)
geen melding / weet het niet / niet gepreciseerd	78 (100%)	33 (100%)
risico voor de gezondheid van het ongeboren kind	65 (7,8%)	31 (4,7%)
medicatiegebruik (migraine / schildklier / acné) / medische behandeling met mogelijke impact op foetus	10 (15,5%)	1 (3%)
aandoening foetus (chromosomale aandoeningen, diverse malformaties)	47 (71,5%)	25 (80%)
cytomegalovirus (CMV)	6 (9%)	3 (10%)
miskraam	1 (1,5%)	
loslating placenta	1 (1,5%)	
voorgeschiedenis van therapeutische zwangerschapsafbreking		2 (7%)

bevalling/zwangerschap	56 (6,7%)	48 (7,2%)
(te) recent bevallen	22 (39,5%)	11 (23%)
tweelingzwangerschap	17 (30,5%)	12 (25%)
laatste zwangerschap/bevalling gecompliceerd/moeilijk/traumatiserend	7 (12,5%)	6 (12,5%)
reeds 3 of meer bevallingen met keizersnede	3 (5,5%)	1 (2%)
moeilijke zwangerschap	2 (4%)	3 (6%)
missed abortion	1 (2%)	
anticonceptiefalen	1 (2%)	2 (4%)
meerlingenzwangerschap	1 (2%)	
zwangerschap spontaan gestopt	1 (2%)	
niet-progressieve zwangerschap	1 (2%)	1 (2%)
6de abortus - wenst dit niet meer		1 (2%)
kan de bijwerkingen van zwangerschap niet verdragen		1 (2%)
afbinding eileiders – dacht niet vruchtbaar te zijn		1 (2%)
vermoeden van mola-zwangerschap		1 (2%)
stealththing (sabotage van de contraceptie)		2 (4%)
mors in utero	1 (2%)	6 (12,5%)
specifieke situatie van het kind/de kinderen van de vrouw	39 (4,7%)	56 (8,4%)
jong(e) kind(eren)	24 (60%)	44 (78,5%)
leeftijd andere kinderen	7 (17,5%)	4 (7%)
andere kind(eren) geplaatst	3 (7,5%)	2 (3,5%)
heeft (een) kind(eren) met autisme	2 (5%)	3 (5,5%)
gezondheidsproblemen (een van de) andere kind(eren) / andere kinderen zorg nodig	2 (5%)	
andere kinderen tijd nodig na scheiding	1 (2,5%)	
angst dat het kind niet erkend zou worden		1 (2%)
laatste kind voor adoptie afgestaan		1 (2%)
risico op autisme: wenst nooit een kind		1 (2%)
niet-Belgische vrouw	25 (3%)	21 (3,2%)
oorlogsvluchteling	15 (60%)	16 (76%)
vluchteling	4 (16%)	
geen verblijfsvergunning / verblijft illegaal in België	3 (12%)	
pas in België aangekomen	2 (8%)	2 (9,5%)
transmigrante	1 (4%)	1 (5%)
asielaanvraag bezig		2 (9,5%)
situatie van de verwekker/vader	25 (3%)	34 (5,1%)
partner te jong / te oud	7 (28%)	7 (20,5%)
partner in gevangenis	3 (12%)	8 (23,5%)
partner in het buitenland	4 (16%)	5 (14,5%)
identiteit vader onzeker	2 (8%)	1 (3%)
partner is student	1 (4%)	
problemen (fysieke of geestelijke) gezondheid van partner	3 (12%)	2 (6%)
partner in een andere relatie	1 (4%)	1 (3%)
verslavingsproblematiek (ex) partner	1 (4%)	1 (3%)
werksituatie partner	1 (4%)	1 (3%)
gewelddadige ex-partner		1 (3%)
partner verblijft illegaal in België	1 (4%)	
verwekker is een klant (sexwerk)		1 (3%)
afwezige partner		1 (3%)
partner twijfelt		1 (3%)
partner stelt ongepast seksueel gedrag met kinderen		1 (3%)

partner overleden		2 (6%)
one night stand	1 (4%)	1 (3%)
situatie van de vrouw	21 (2,5%)	31 (4,7%)
te hoge mentale druk / stress / vermoeidheid / burn-out van ouders / stresserend gevoelsleven	6 (28,5%)	10 (33,5%)
overlijden in de familie	2 (9,5%)	1 (3%)
geen vangnet	2 (9,5%)	4 (3,5%)
onvoldoende onafhankelijk	1 (5%)	
moeilijke psychosociale situatie	1 (5%)	
pleegzorg	1 (5%)	
wil/moet voor zichzelf zorgen	1 (5%)	
leefsituatie	1 (5%)	1 (3%)
gedetineerde / onder elektronisch toezicht (enkelband)	1 (5%)	2 (6,5%)
onvoldoende zekerheid op dit moment	1 (5%)	
niet getrouwd	1 (5%)	1 (3%)
sociaal isolement	1 (5%)	2 (6,5%)
gescheiden	1 (5%)	
vertrekt naar het buitenland		2 (6,5%)
Alleenstaande met (jonge) kinderen	1 (5%)	1 (3%)
moeilijke situatie met 1 kind, niet bereid om te herbeginnen		1 (3%)
annulatie draagmoederschap		1 (3%)
juridische problemen		1 (3%)
familie keurt de relatie niet goed / wil de familie niet choqueren / culturele en familiale redenen		3 (10%)
verkrachting		1 (3%)
gezondheidssituatie van de vrouw	12 (1,4%)	11 (1,7%)
medico-psychosociale spoedsituatie	5 (41,5%)	
aanbeveling gynaecoloog / te groot medisch risico / risico op bloeding	3 (25%)	
zeer ziek / belangrijk gewichtsverlies / rugproblemen	2 (16,5%)	
recente operatie onder algemene narcose / herstelt van hersenbloeding en hersentumor	2 (16,5%)	
bariatrische chirurgie		2 (18%)
medische urgentie		3 (27,5%)
fertiliteitstraject		1 (9%)
spiraal in baarmoedermond		1 (9%)
psychische gezondheidsproblemen / beperkte intellectuele capaciteit		4 (36,5%)
verslaving	4 (0,5%)	5 (0,8%)
middelengebruik	4 (100%)	5 (100%)
situatie van het koppel	2 (0,2%)	11 (1,7%)
lange afstandsrelatie		2 (18%)
geen hulp van de partner bij de opvoeding van het kind		2 (18%)
nieuw samengesteld gezin		1 (9%)
niet de goede partner		1 (9%)
friends with benefits		1 (9%)
gescheiden	1 (50%)	2 (18%)
niet-stabiele relatie	1 (50%)	1 (9%)
doet VZA voor de partner		1 (9%)
Eindtotaal	837 (100%)	664 (100%)

3.3.1.2 “Andere” feitelijke of leefsituatie

In 2022 hebben de artsen in 2,56% van de gevallen aangegeven dat de vrouw een “andere” feitelijke situatie of leefsituatie heeft (475 op 18.754 registratieformulieren). In 2023 ging het om 2,8% van de gevallen (553 op 19.868 registratieformulieren)

In 2022 en 2023 is de andere meest genoemde woonsituatie “woont bij vriend(in), kennis, ex-partner of doet aan co-housing”.

“andere” feitelijke of leefsituatie	2022	2023
woont bij vriend(in), kennis, ex-partner of doet aan co-housing	258 (54,3%)	294 (53,3%)
asielcentrum / vluchtelingencentrum, Fedasil, Rode Kruis, opvanggezin, gehuisvest via vluchtelingenorganisatie	97 (20,4%)	107 (19,4%)
verblijft in (nood)opvangcentrum / verblijfscentrum / noodwoningendienst of is opgenomen in een psychiatrische instelling	23 (4,8%)	38 (6,9%)
kotstudent of woont bij mede student; op internaat; au pair	34 (7,2%)	37 (6,7%)
LAT-relatie	24 (5,1%)	35 (6,3%)
(jeugd)instelling, in leefgroep / onder begeleiding / in pleeggezin	20 (4,2%)	21 (3,8%)
zonder vaste verblijfplaats / dakloos	15 (3,2%)	15 (2,7%)
in gevangenis of gesloten instelling	2 (0,4%)	5 (0,9%)
toeriste	2 (0,4%)	0 (0,%)
Totaal	475 (100%)	552 (100%)

3.3.1.3 “Andere” woonplaats: zonder vaste verblijfplaats, zonder verblijfsvergunning

In 2022 werd deze rubriek niet gebruikt. In 2023 werd deze rubriek gebruikt voor 7 vrouwen in vluchtelingensituaties.

3.3.1.4 “Andere” verklaringen van de vrouwen die geen voorbehoedsmiddelen gebruikten in de maand van conceptie

Deze rubriek werd gebruikt in 0,32% van de gevallen (28 van de 8.664) in 2022 en in 0,56% van de gevallen in 2023 (50 van de 8.842) – 8.865 en 8.842 is het aantal zwangerschapsafbrekingen waarbij aangegeven is dat de vrouw geen anticonceptie heeft gebruikt. De meest genoemde verklaring in de rubriek “andere” is “gezondheidsredenen/allergie/slechte reactie/medische contra-indicatie voor hormonen” in 2022 en “verkrachting/niet-vrijwillige relatie” in 2023.

detail van de “andere” verklaringen van vrouwen die geen voorbehoedsmiddelen gebruikten in de maand van conceptie:	2022	2023
verkrachting / niet-consensuele relatie	2 (7%)	9 (18%)
wachttijd I.U.D. / in afwachting van contraceptie / afwachting van regels voor start pil / spiraal zonder het te weten uitgestoten / in afwachting van sterilisatie (afpraak uitgesteld omwille van medische redenen)	5 (18%)	9 (18%)
borstvoeding	2 (7%)	5 (10%)
geen melding		4 (8%)
gezondheidsredenen / allergie / slechte reactie / contra-indicatie voor hormonale medicatie	6 (21,5%)	3 (6%)
medisch ondersteunde voortplanting (MAP) / IVF	1 (3,5%)	3 (6%)
probleem met contraceptie	1 (3,5%)	3 (6%)
geen geslachtsgemeenschap / geen penetratie / maagd	1 (3,5%)	2 (4%)
veronderstelde menopauze		2 (4%)
zwangerschap eerst gewenst, nu niet meer / twijfel		2 (4%)
geen voorschrift meer voor de pil / vergeten	2 (7,1%)	
recent bevallen	2 (7%)	1 (2%)
angst voor familiale medische geschiedenis		1 (2%)
eiceldonor		1 (2%)
financiële problemen		1 (2%)
fobie voor artsen		1 (2%)
gestopt met de pil en te vroeg zwanger geworden	1 (3,5%)	1 (2%)
tegen contraceptie / wens 'natuurlijk' te zijn	1 (3,5%)	1 (2%)
zwangerschap uit relatie buiten koppel - wel kindwens met echtgenoot		1 (2%)
klaar om kind te ontvangen, wenst zwangerschap	1 (3,5%)	
wens van de partner	1 (3,5%)	
druk van de familie	1 (3,5%)	
koppel van 2 vrouwen	1 (3,5%)	
Totaal	28 (100%)	50 (100%)

3.3.1.5 “Andere” anticonceptiemethode

Deze subrubriek wordt vaak gebruikt wanneer de arts verschillende methoden declareert. Deze rubriek werd gebruikt in 0,43% van de gevallen in 2022 (47 van de 10.852 opgegeven anticonceptiemethoden) en in 0,71% van de gevallen in 2023 (85 van de 12.035 opgegeven anticonceptiemethoden). De andere methode die het vaakst wordt genoemd in 2022 en 2023 is "borstvoeding".

“andere” anticonceptiemethode	2022	2023
borstvoeding	13 (28%)	26 (31%)
geen melding	10 (21%)	25 (29%)
minipil / combinatie minipil en borstvoeding	5 (11%)	5 (6%)
morning-afterpil	2 (4%)	
thermische anticonceptiemethode (anticonceptiering voor mannen)	2 (4%)	3 (3,5%)
vrouwencondoom	2 (4%)	
cervixkapje	1 (2%)	
lactatie-amenorroe-methode (LAM)	1 (2%)	1 (1%)
oriëntatietest (keuze anticonceptie)	1 (2%)	
plantenextracten / papayazaden en vitamine C	2 (4%)	
periodieke onthouding m.b.v. AC coach	1 (2%)	
periodieke onthouding m.b.v. coaching	1 (2%)	
periodieke onthouding m.b.v. cycluscomputer-methode	1 (2%)	
periodieke onthouding m.b.v. ovulatietest	1 (2%)	3 (3,5%)
pil voor mannen	1 (2%)	1 (1%)
SSRI man	1 (2%)	
vaginale douche	1 (2%)	
vaginale gel (erotex)	1 (2%)	
geen penetratie		1 (1%)
essentiële oliën / neem-olie		2 (2,5%)
applicaties voor contraceptie		4 (5%)
kalendermethode / tellen zonder applicatie		5 (6%)
spons		1 (1%)
sterilisatie van de partner (maar nog geen controle uitgevoerd)		1 (1%)
spermicide		1 (1%)
wijziging van contraceptie		1 (1%)
berekening met ovulatietest		1 (1%)
afbinding van de eileiders		1 (1%)
Totaal	47 (100%)	85 (100%)

3.3.1.6 “Andere” methode van zwangerschapsafbreking

De rubriek “andere” werd gebruikt in 0,02% van de gevallen in 2022 (4 van de 18.574 registratieformulieren) en in 0,08% van de gevallen in 2023 (15 van de 19.686 registratieformulieren). De andere meest genoemde methode om een zwangerschap af te breken is “spontane miskraam” in 2022 en een combinatie van medische en chirurgische methoden in 2023.

“andere” methode van zwangerschapsafbreking	2022	2023
combinatie medicamenteus-chirurgisch		8 (53%)
geen melding		2 (13%)
miskraam	3 (75%)	2 (13%)
keizersnede	1 (25%)	
therapeutische zwangerschapsafbreking gevolgd door bevalling		3 (20%)
Totaal	4 (100%)	15 (100%)

De vermelding “miskraam” is hier opgenomen omdat dit als dusdanig vermeld werd in de registratieformulieren, maar kan niet beschouwd worden als (methode van) zwangerschapsafbreking.

3.3.1.7 “Andere” methode van verdoving

Bij de chirurgische zwangerschapsafbrekingen werd de rubriek ‘andere’ in slechts één formulier (uit 2022) vermeld: het ging om ‘verdoving’.

3.3.1.8 “Andere” onmiddellijke medische verwickelingen

Deze rubriek werd gebruikt in 53,1% van de gevallen in 2022 (186 van de 350 registratieformulieren) en in 47,9% van de gevallen in 2023 (148 van de 309 registratieformulieren) – de cijfers 350 en 309 slaan op het totaal aantal zwangerschapsafbrekingen met onmiddellijke medische verwickelingen (totaal aantal registratieformulieren – aantal met vermelding ‘geen medische verwickelingen’).

In 2022 en 2023 is de andere meest genoemde directe medische complicatie "Retentie / resten / trofoblastische resten / bloedstolsels".

“andere” onmiddellijke medische verwickelingen	2022	2023
retentie / resten / trofoblastische resten / bloedstolsels	92 (49,5%)	64 (43%)
onbekend / geen info na de VZA	45 (24,2%)	53 (36%)
falen van de methode, falen van de aspiratie	11 (6%)	6 (4%)
re-aspiratie	5 (3%)	1 (0,5%)
metrorragie (1 met kramp) / bloeding (1 “brandend”) / kleine bloeding / hemorrhagische shock	5 (3%)	5 (3,5%)
pijn (in één geval: hospitalisatie onder volledige narcose)	4 (2%)	3 (2%)
vagale of hypotensieve ongemakken / duizeligheid	3 (1,5%)	1 (0,5)
miskraam / miskraam na Mifegyne®	3 (1,5%)	2 (1,5%)
onvoldoende dilatatie van de baarmoederhals	2 (1%)	4 (2,5%)
« fausse voie »	2 (1%)	3 (2%)
koorts	2 (1%)	
bijkomende Cytotec® of curetage	2 (1%)	
hematometer	1 (0,5%)	
urinewegsinfectie	1 (0,5%)	
uitvoering van de VZA onmogelijk ter plaatse	1 (0,5%)	
vermoeden van pyrexie en ontstekingsyndroom	1 (0,5%)	
schouderdystocie	1 (0,5%)	
buitenbaarmoederlijke zwangerschap	1 (0,5%)	1 (0,5%)
bloedtransfusie omwille van laag hemoglobinegehalte	1 (0,5%)	
allergische reactie	1 (0,5%)	
opening niet gevonden: interventie onmogelijk	1 (0,5%)	
uitstoting na Mifegyne®	1 (0,5%)	
endometriose		1 (0,5%)
depressie		1 (0,5%)
spoedeisende hulp nodig (verlies en weeën) / spoedoperatie / na een medische abortus: diagnose en verwijzing naar ziekenhuis		3 (2%)
Totaal	186 (100%)	148 (100%)

3.3.2 Bijlage 2: zwangerschapsafbrekingen na de periode van 12 weken na conceptie

In artikel 350, 4^o, van het Strafwetboek is bepaald dat “de zwangerschap na de termijn van twaalf weken kan worden afgebroken onder de voorwaarden bepaald in artikel 350, 1^o, b), 2^o en 3^o van hetzelfde Wetboek, indien het voltooiën van de zwangerschap een ernstig gevaar inhoudt voor de gezondheid van de vrouw of indien vaststaat dat het kind dat geboren zal worden, zal lijden aan een uiterst zware kwaal die als ongeneeslijk wordt erkend op het ogenblik van de diagnose”.

In **2022** werden 289 zwangerschapsafbrekingen na de termijn van 12 weken sinds de conceptie geregistreerd, wat overeenkomt met 1,56% van alle zwangerschapsafbrekingen (289 op 18.574). In **2023** bedroeg dit aantal 270, wat overeenkomt met 1,37% van alle zwangerschapsafbrekingen (270 op 19.686).

Deze zwangerschapsafbrekingen zijn als volgt opgesplitst:

	2022			2023		
	centrum	ziekenhuis	totaal	centrum	ziekenhuis	totaal
gevaar voor beiden		6 (2%)	6 (2%)		13 (5%)	13 (5%)
gevaar voor de moeder	1 (11%)	4 (1,5%)	5 (2%)	3 (75%)	3 (1%)	6 (2%)
gevaar voor het kind	8 (89%)	270 (96,5%)	278 (96%)	1 (25%)	248 (93%)	249 (92%)
geen gevaar voor moeder/kind gemeld					2 (1%)	2 (1%)
Totaal	9 (100%)	280 (100%)	289 (100%)	4 (100%)	266 (100%)	270 (100%)

Net als bij de redenen die zijn opgegeven voor het afbreken van een zwangerschap, hebben de gegevens in de database betrekking op enkelvoudige aandoeningen of op meerdere gecombineerde aandoeningen (bijvoorbeeld afwezigheid van cerebellum, gespleten gehemelte en hypoplasie van de linkerhartkamer). De tabellen hieronder tonen de uitsplitsing van deze geregistreerde aandoeningen, d.w.z. enkelvoudige aandoeningen en gecombineerde aandoeningen afzonderlijk en onderverdeeld in verschillende categorieën. Het is daarom mogelijk dat het aantal vermeldingen afwijkt van het aantal infecties dat in de onderstaande rubrieken wordt beschreven.

3.3.2.1 Wegens ernstig gevaar voor de moeder

11 zwangerschappen in 2022 (1+6+4) en 19 zwangerschappen (3+13+3) in 2023 werden na 12 weken zwangerschap sinds de conceptie (14 weken amenorroe) afgebroken. Aangezien meerdere aandoeningen kunnen worden meegedeeld, worden 12 en 19 aandoeningen gedetailleerd beschreven voor 2022 en 2023.

	2022	2023
emotioneel lijden / psychologische of psychologische decompensatie / verslaving en depressie / psychosociaal lijden / psychologische nood / geestelijke gezondheidsproblemen	2 (16,6%)	4 (21%)
risico op infectie door scheuren van de vliezen	1 (8,3%)	
PPROM (preterm premature rupture of membranes)	3 (25%)	1 (5,3%)
pre-eclampsie (PET)	3 (25%)	2 (10,5%)
chorioamniotitis	2 (16,6%)	1 (5,3%)
sepsis		2 (10,5%)
niet meegedeeld		9 (47,4%)
oncologisch probleem	1 (8,3%)	
totaal	12 (100%)	19 (100%)

3.3.2.2 Wegens zware of ongeneeslijke aandoeningen van het kind

278 zwangerschappen in 2022 en 249 zwangerschappen in 2023 werden na 12 weken zwangerschap sinds de conceptie (14 weken amenorroe) afgebroken. Aangezien meerdere aandoeningen kunnen worden gemeld, zijn 334 aandoeningen gespecificeerd voor 2022 en voor 2023.

Chromosomale en genetische afwijkingen		2022	2023
TRISOMIE	Trisomie 21	57 (65%)	57 (68%)
	Trisomie 18	20 (23%)	17 (20%)
	Trisomie 13	4 (4,5%)	6 (7%)
	Trisomie (niet gepreciseerd)	4 (4,5%)	
	Trisomie 16	1 (1%)	
	Trisomie 14	1 (1%)	1 (1%)
	Trisomie 9	1 (1%)	1 (1%)
	Trisomie 8		1 (1%)
	Trisomie 22		1 (1%)
	Totaal trisomie	88 (64%)	84 (59%)
Deletie van een chromosoom (13, 14, 16p11.2...) / genetische deletie 3Q29 / deletie hémizygote (XQ28) / microdeletie (13q34)		9 (6,5%)	9 (6%)
Turnersyndroom		6 (4%)	12 (8,5%)
Genetische anomalie / pathogene mutatie (variant clone 4 gène UREZA) / mutatie van het AGTX-gen / chromosomale anomalie		4 (3%)	8 (5,5%)
Triploidie		4 (3%)	2 (1,5%)
Tubereuze sclerose complex (Bourneville)		3 (2%)	
Autosomaal dominante polycystische nierziekte (ADPKD)			3 (2%)
Fragiele X-syndroom (FXS)		2 (1,5%)	1 (0,7%)
Duplicatie (15q) / interstitiële duplicatie / pericentrische duplicatie		2 (1,5%)	2 (1,5%)
Klinefeltersyndroom			2 (1,5%)
Mandibulofaciale dysostose - microcefalie-syndroom		1 (0,7%)	
Neurofibromatose		1 (0,7%)	
Dyskeratosis congenita		1 (0,7%)	
Monosomie 5p (syndroom van Lejeune)		1 (0,7%)	1 (0,7%)
Dwerggroei		1 (0,7%)	
Syndroom van Wolf-Hirshhorn		1 (0,7%)	1 (0,7%)
Chromosomale translocatie		1 (0,7%)	
Syndroom van Costello		1 (0,7%)	
Syndroom van Joubert		1 (0,7%)	
Syndroom van Smith-Magenis		1 (0,7%)	
Syndroom van Apert (acrocephalosyndactylie)		1 (0,7%)	
Craniofaciale dysmorfie			1 (0,7%)
Ziekte van Duchenne			1 (0,7%)
Ziekte van peutz-jeghers			1 (0,7%)
Rubinstein-Taybi syndroom			1 (0,7%)
Harlekijnichthyosis			1 (0,7%)
Homozygote sikkelziekte			1 (0,7%)
Noonansyndroom			1 (0,7%)
Coffin-Siris-syndroom			1 (0,7%)
Schuurs-Hoeijmakers-syndroom			1 (0,7%)
Bèta-thalassemie major / hydrops		7 (5%)	6 (4%)
Cornelia de Lange syndroom			1 (0,7%)
Midface hypoplasie			1 (0,7%)
Ballantyne syndrome (mirror syndrome)			1 (0,7%)
Bilaterale recessieve polycysteuze nierziekte		1 (7%)	
Totaal		138 (41,3%)	142 (41,3%)

Musculoskeletale aandoeningen	2022	2023
Agenesie van de handen / bilaterale agenesis van de onderarmen en handen / abnormale ontwikkeling van de onderste ledematen / reductiedefect van ledemaat		4 (44,5%)
Skeletafwijking	2 (40%)	2 (22%)
Syndroom van Steel (geen verdere specificering)	1 (20%)	
Skeletdysplasie	1 (20%)	1 (11%)
Thanatofore dysplasie	1 (20%)	1 (11%)
Botdysplasie		1 (11%)
Totaal	5 (1,5%)	9 (2,7%)

Hartafwijkingen	2022	2023
Cardiopathie	15 (41,5%)	4 (12,5%)
(ernstige) hartafwijking	9 (25%)	7 (22%)
Univentriculair hart	5 (14%)	
Hypoplastisch linkerhartsyndroom	1 (2,5%)	5 (16%)
Hypoplastisch rechterhartsyndroom		2 (6,5%)
Ventriculomegalie	2 (5,5%)	
Truncus arteriosus		2 (6,5%)
Ventrikelseptumdefect (VSD)		2 (6,5%)
Aortahypoplasie	1 (2,5%)	
Atrioventriculair septum defect (AVSD)	1 (2,5%)	1 (3%)
Asymmetrie van linker en rechter hartkamers	1 (2,5%)	
Tetralogie van Fallot	1 (2,5%)	1 (3%)
Cardiopathie hydrothorax		1 (3%)
Anomalie van Ebstein		1 (3%)
Coarctatio aortae		1 (3%)
Atrioventriculair blok		1 (3%)
Ernstige cardiomyopathie		1 (3%)
Ventrikelseptumdefect (VSD), rechter aortaboog		1 (3%)
Cardiaal isomerisme		1 (3%)
Foetale akinesie van het hart		1 (3%)
Totaal	36 (10,8%)	32 (9,5%)

Aandoeningen van de urinewegen	2022	2023
Bilaterale nieragenesie (Pottersyndroom)	8 (50%)	8 (50%)
Megacystis	2 (12,5%)	1 (6%)
Atresie van de urethra	1 (6%)	
Posterieure urethralek / Lower Urinary Tract Obstruction (LUTO)	2 (12,5%)	1 (6%)
Multicystische nierdysplasie	1 (6%)	1 (6%)
Nierinsufficiëntie	1 (6%)	
Megacystis microcolon intestinal hypoperistalsis syndrome (MMIHS)		1 (6%)
Syndroom van Prune Belly	1 (6%)	
Nierafwijking		1 (6%)
Complexe urogenitale malformatie		1 (6%)
Exstroofia epispadias complex (EEC)		1 (6%)
Foetale blaasextensie		1 (6%)
Totaal	16 (4,8%)	16 (4,8%)

Aandoeningen van de luchtwegen	2022	2023
Longhypoplasie	5 (88%)	2 (100%)
Mucoviscidose	1 (12%)	
Totaal	6 (1,8%)	2 (0,6%)

Aandoeningen van het centrale zenuwstelsel – hersenen – schedel	2022	2023
(ernstige) hersenafwijking	18 (31%)	8 (13%)
Spina bifida	14 (25%)	15 (25%)
Holoprosencefalie (HPE) (alobaire / cryptophalair)	5 (9%)	3 (5%)
Corpus callosum agenesie (CCA) / colpocephalie	4 (7%)	10 (17%)
Hydrocefalie	3 (5,5%)	2 (3,5%)
Neuralebuisdefect		3 (5%)
Anencefalie	2 (3,5%)	1 (1,5%)
Ernstige mentale achterstand	2 (3,5%)	
Hypertelorisme-syndroom	1 (1,5%)	
Hersenvloeding / intraventriculaire bloeding, graad II	1 (1,5%)	2 (3,5%)
Lissencefalie	1 (1,5%)	
Microcefalie	1 (1,5%)	
Meningomyelocèle / myelomeningocèle	2 (3,5%)	
Chiari malformatie	1 (1,5%)	
Encefalocèle	1 (1,5%)	1 (1,5%)
Omfalocèle	1 (1,5%)	4 (6,5%)
Cerebellumhypoplasie	1 (1,5%)	2 (3,5%)
Ventriculomegalie		3 (5%)
Rhombencephalosynapsis		1 (1,5%)
Afwijking van het cerebellum		1 (1,5%)
Agnesie van het cavum septum pellucidum		2 (3,5%)
Neuro-Behçet disease (NBD)		1 (1,5%)
Agnesie optisch chiasma		1 (1,5%)
Bilaterale cystische leukomalacie		1 (1,5%)
Totaal	58 (17,4%)	61 (18,3%)

Diverse afwijkingen	2022	2023
Mors in utero (MIU)	11 (16%)	5 (7,5%)
Intra-uteriene groeirestrictie (IUGR)	9 (13%)	10 (15%)
(ernstige) handicap / ernstige achterstand / verstandelijke beperking	9 (13%)	2 (3%)
Multipele afwijkingen / polymalformatief syndroom / structurele malformaties	10 (14,5%)	6 (9%)
Oligohydramnion / anhydramnion	6 (9%)	7 (10,5%)
Klompvoeten	5 (7,5%)	
Dodelijke conditie	2 (3%)	
Gespleten lip en gehemelte	2 (3%)	2 (3%)
Afwezigheid van de neusbeenderen / misvorming van het gezicht	2 (3%)	
Navelstrengprolaps		2 (3%)
Dysmorphie	1 (1,5%)	
Ernstige oogafwijking	1 (1,5%)	
Hygroma colli	1 (1,5%)	4 (6%)
Ernstige aangeboren afwijking(en)		13 (19,5%)
Hydrothorax		2 (3%)
Anemische afwijkingen	1 (1,5%)	
Radioactiviteit na een PET-scan	1 (1,5%)	
Arthrogryposis Multiplex Congenita (AMC)	2 (3%)	
Loslating van de placenta	1 (1,5%)	
Miskraam	1 (1,5%)	
twin-to-twin transfusiesyndroom (TTTS)	1 (1,5%)	
Anthegyophnis (geen verdere precisering)	1 (1,5%)	
Congenital diaphragmatic hernia (CDH)	1 (1,5%)	4 (6%)
Hyperechogene darmen, nieren en hart		1 (1,5%)
Bijnier- en pancreas hypotrofie		1 (1,5%)
Veralgemeend oedeem		1 (1,5%)
Abdominale ascites		1 (1,5%)
Cystes		1 (1,5%)
Dilatation fosse PEP		1 (1,5%)
Niet-evolutieve zwangerschap		1 (1,5%)
Monochoriale gemelli		1 (1,5%)
Nektumor		1 (1,5%)
Neonatale sepsis		1 (1,5%)
Totaal	68 (20,3%)	67 (20,1%)

Teratogene aandoeningen	2022	2023
Foetopathie door CMV / foetopathie / infectie / seroconversie	7 (100%)	5 (100%)
Totaal	7 (2,1%)	5 (1,5%)

TOTAAL aantal zware of ongeneeslijke aandoeningen van het kind	2022	2023
	334 (100%)	334 (100%)

4 Jaarverslagen van de instellingen voor gezondheidszorg

4.1 Inleiding

Elke instelling dient de volgende gegevens in het jaarlijks rapport op te nemen :

- aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking dat bij de instelling of bij artsen, verbonden aan de instelling, werd ingediend;
- aantal zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd door de artsen verbonden aan de instelling vóór het einde van de twaalfde week na de bevruchting na conceptie;
- aantal zwangerschapsafbrekingen na de termijn van 12 weken na conceptie;
- aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking dat door de artsen verbonden aan de instelling werd afgewezen.

De rubriek "aantal afgewezen verzoeken tot zwangerschapsafbreking" roept twee opmerkingen op en dit gelet op het feit dat de termen "afwijzing" of "weigering" op verschillende manieren kunnen worden geïnterpreteerd.

1. De door de instellingen afgewezen verzoeken tot zwangerschapsafbreking moeten worden gemeld, doch is het mogelijk dat de zwangerschapsafbreking plaats vindt in een andere instelling dan die waar men zijn verzoek oorspronkelijk heeft gedaan. *Sensu stricto* is er dan geen weigering geweest.
2. Onder de term "afwijzing" of "weigering" kan men eveneens de volgende redenen (niet exhaustief) verstaan:
 - de vrouw komt niet naar de afspraak;
 - aanvraag waarvan het vervolg niet gekend is, wat niet wil zeggen dat de zwangerschapsafbreking niet heeft plaats gehad, daar deze kon worden uitgevoerd in een andere instelling;
 - de vrouw is niet zwanger op het moment van de aanvraag;
 - een miskraam tijdens de wachtperiode;
 - de zwangerschap heeft de termijn van twaalf weken overschreden, en de vrouw wordt naar het buitenland doorverwezen;
 - de zwangerschap is te ver gevorderd bij de eerste consultatie, of er is een overschrijding van 12 weken na conceptie na de 6 dagen wachttijd;
 - de vrouw is doorverwezen naar een Belgisch ziekenhuis omwille van medische redenen of anesthesie;
 - de vrouw is doorverwezen naar een ander centrum in België;
 - de vrouw heeft beslist de zwangerschap te voltooien;
 - de vrouw is doorverwezen naar een adoptiedienst.

De hiernavolgende tabellen geven het totaal weer van de cijfergegevens die de centra en ziekenhuizen in hun jaarlijks verslag hebben verwerkt, per referentiejaar. Deze cijfers komen meestal niet overeen met de cijfers die door het secretariaat van de Evaluatiecommissie werden verwerkt op basis van de registratiedocumenten die ze heeft ontvangen. Het verschil is deels te verklaren daar een instelling een dossier kan samenstellen en registreren in december van een jaar X, maar de zwangerschapsafbreking pas uitvoert in januari van het jaar X+1, waardoor deze registratie ook in het jaar X+1 verwerkt wordt door het secretariaat van de Commissie.

4.2 Nederlandstalige instellingen

Bij instellingen waarvoor de Evaluatiecommissie maximaal 3 registratieformulieren ontvangen heeft, heeft het secretariaat niet aangedrongen op het bezorgen van een Jaarverslag (de registratieformulieren worden beschouwd als het Jaarverslag). In 2022 ging het om 8 instellingen die in totaal 14 zwangerschapsafbrekingen uitvoerden, in 2023 8 instellingen met 11 zwangerschapsafbrekingen.

4.2.1 Centra

Jaar	Aantal centra	Aantal verzoeken	Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen		Aantal afgewezen verzoeken	% afgewezen t.o.v. totaal aantal verzoeken
			Tot en met 12 weken na conceptie	Na 12 weken na conceptie		
2022*	6	9.771	8.083	0	1.688	17%
2023	7	10.596	8.820	15	1.761	17%

4.2.2 Ziekenhuizen

Jaar	Aantal ziekenhuizen	Aantal verzoeken	Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen		Aantal afgewezen verzoeken	% afgewezen t.o.v. totaal aantal verzoeken
			Totaal aantal	Na 12 weken na conceptie		
2022*	13	396	303	188	93	23%
2023**	16	485	551	191	125	26%

(*) Van 1 West-Vlaams ziekenhuis hebben we voor 2022 wel een jaarverslag ontvangen, maar werd ons geen enkel registratieformulier overgemaakt. In het jaarverslag meldt de instelling 19 zwangerschapsafbrekingen, waarvan 12 ná 12 weken. Dit ziekenhuis heeft geen afgewezen verzoeken gemeld. Deze cijfers zijn opgenomen in de tabel hierboven.

Van 1 abortuscentrum en 5 ziekenhuizen (gelegen in provincies West-Vlaanderen (1), Oost-Vlaanderen (3) en Antwerpen (1)) hebben we geen jaarverslag voor 2022 ontvangen. Op basis van de ontvangen registratieformulieren, zijn er in deze 6 instellingen samen in 2022 190 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd. Deze cijfers zijn níet opgenomen in de tabel hierboven (deze is immers gebaseerd op de informatie uit de jaarverslagen).

(**) Van 1 West-Vlaams ziekenhuis hebben we voor 2023 wel een jaarverslag ontvangen, maar werd er ons geen enkel registratieformulier overgemaakt. In het jaarverslag meldt de instelling 20 zwangerschapsafbrekingen, waarvan 16 ná 12 weken. Er werden geen afgewezen verzoeken gemeld. Deze cijfers zijn opgenomen in de tabel hierboven.

Van 4 ziekenhuizen hebben we voor 2023 geen jaarverslag ontvangen. Op basis van de ontvangen registratieformulieren, hebben deze 4 instellingen samen 45 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd in 2023. Deze cijfers zijn níet opgenomen in de tabel hierboven (deze is immers gebaseerd op de informatie uit de jaarverslagen).

4.3 Franstalige instellingen

4.3.1 Centra

Jaar	Aantal centra	Aantal verzoeken	Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen		Aantal afgewezen verzoeken	% afgewezen t.o.v. totaal aantal verzoeken
			Totaal aantal	Na 12 weken na conceptie		
2022*	34	11.643	9.706	19	1.916	16,5%
2023**	34	11.473	9.551	12	1.892	16,5%

(*) Van 4 centra gelegen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, hebben we voor 2022 wel een jaarverslag ontvangen, maar werd ons geen enkel registratieformulier overgemaakt. In het jaarverslag melden deze instellingen samen 610 zwangerschapsafbrekingen, waarvan geen enkele ná 12 weken. Daarnaast hebben deze centra samen 110 afgewezen verzoeken gemeld. Deze cijfers zijn opgenomen in de tabel hierboven.

(**) Van 2 centra gelegen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, hebben we voor 2023 wel een jaarverslag ontvangen, maar werd ons geen enkel registratieformulier overgemaakt. In het jaarverslag melden deze instellingen samen 292 zwangerschapsafbrekingen, waarvan geen enkele ná 12 weken. Daarnaast hebben deze centra samen 44 afgewezen verzoeken gemeld. Deze cijfers zijn opgenomen in de tabel hierboven.

Eén centrum gelegen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, heeft gesignaleerd dat het aantal in het jaarverslag gemelde uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen hoger lag dan het aantal aan de Evaluatiecommissie overgemaakte formulieren. Op basis van het aantal in het jaarverslag gemelde zwangerschapsafbrekingen, ontbreken er 55 registratieformulieren.

4.3.2 Ziekenhuizen

Jaar	Aantal ziekenhuizen	Aantal verzoeken	Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen		Aantal afgewezen verzoeken	% afgewezen t.o.v. totaal aantal verzoeken
			Totaal aantal	Na 12 weken na conceptie		
2022*	34	3.383	2.826	93	372	11%
2023**	34	3.785	3.171	96	468	12,4%

(*) In 2022 dienden 3 ziekenhuizen, gelegen in de provincies Namen (2) en Waals-Brabant (1), van de 34 ziekenhuizen die hun jaarverslag indienden, geen enkel document in dat een zwangerschapsafbreking registreerde. Volgens de gegevens in de jaarverslagen waren deze 3 ziekenhuizen samen goed voor 33 verzoeken en uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen, waarvan 32 uitgevoerd na 12 weken zwangerschap sinds de conceptie en 0 geweigerde zwangerschapsafbrekingen.

(**) In 2023 hebben 5 van de 35 ziekenhuizen die hun jaarverslag hebben ingediend, geen documenten ingediend waarin een zwangerschapsafbreking wordt geregistreerd. Volgens de gegevens uit de jaarverslagen waren deze 5 ziekenhuizen, gelegen in de provincies Namen (2), Brabant wallon(1) en Henegouwen (1) en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (1), samen goed voor 86 aanvragen voor abortussen, 83 uitgevoerde abortussen, waarvan 34 uitgevoerd na 12 weken zwangerschap sinds de conceptie en 3 geweigerde. 1 ziekenhuis in de provincie Luxemburg stuurde 93 registratiedocumenten, maar geen jaarverslag. Voor dit ziekenhuis werden 7 abortussen geregistreerd.

4.4 Overzicht België

4.4.1 Centra

Jaar	Aantal centra	Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen	
		Totaal aantal	Na 12 weken na conceptie
2022	40	17.789	19
2023	41	18.371	27

4.4.2 Ziekenhuizen

Jaar	Aantal ziekenhuizen	Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen	
		Totaal aantal	Na 12 weken na conceptie
2022	47	3.686	281
2023	51	3.722	287

5 Analyse van de jaarverslagen van de voorlichtingsdiensten

5.1 Analyse van de jaarverslagen van de Nederlandstalige voorlichtingsdiensten

5.1.1 Centra

Na de goedkeuring van de wet van 3 april 1990 werd de abortushulpverlening in ons land verregaand geprofessionaliseerd, opdat zwangerschapsafbreking in de best mogelijke medische en psychosociale omstandigheden zou kunnen verlopen. Sommige ziekenhuizen bieden vandaag deze zorg aan, maar het zijn de specifiek voor dit doel opgezette centra die het leeuwendeel voor hun rekening nemen.

Op dit moment telt Vlaanderen 7 Nederlandstalige centra voor zwangerschapsafbreking. Deze zijn verdeeld over de 5 provincies. Het gaat meer bepaald om:

- Centrum Durmelaan Lokeren²²
- Labyrint, centrum binnen ZNA (Ziekenhuis aan de Stroom), Antwerpen²³
- LUNA-abortuscentrum Antwerpen
- LUNA-abortuscentrum Gent
- LUNA-abortuscentrum Hasselt
- LUNA-abortuscentrum Oostende
- VUB Dilemma Brussel²⁴

Op 1 januari 2018 heeft een fusie plaatsgevonden van vier Nederlandstalige abortuscentra (Antwerpen, Gent, Hasselt en Oostende), die al verscheidene jaren inhoudelijk samenwerkten – we spreken sindsdien van de abortuscentra van LUNA vzw²⁵. In de lente van 2018 werd een samenwerkingsakkoord getekend met het abortuscentrum in Brussel – Sjerp-Dilemma. Dit centrum zet zijn werking verder onder de naam VUB Dilemma. De fusie zorgt er vooral voor dat de verschillende centra op één lijn staan wat betreft kwaliteit van zorg en efficiënt beheer.

Alle centra bieden een medische en psychosociale begeleiding bij een ongeplande zwangerschap. Het centrum voor Zwangerschapsafbreking Labyrint, dat deel uitmaakt van de dienst gynaecologie van ZAS (Ziekenhuis aan de Stroom), zorgt ook voor hulpverlening bij het voortzetten van de zwangerschap.

5.1.1.1 Samenstelling van de voorlichtingsdienst

Uit de jaarlijkse verslagen van de voorlichtingsdiensten blijkt dat de dienst er gemiddeld 12 personeelsleden telt. Het aantal personeelsleden ligt tussen 4 en 21 met een variabel aantal kwalificaties. Ieder centrum heeft 2 of meer artsen in dienst. Daarnaast bestaan de voorlichtingsdiensten uit psychologen, juristen, (sociaal) verpleegkundigen, vroedkundigen, seksuologen, maatschappelijk assistenten, in sommige centra ondersteund door een administratief medewerker.

5.1.1.2 Werking van de voorlichtingsdienst

De centra zijn op werkdagen telefonisch bereikbaar tijdens de openingsuren.

De Luna-abortuscentra bieden daarnaast ook een chat-functie aan. Gedurende 8u per week (waarvan 2u buiten de kantooruren) is er online een hulpverlener beschikbaar.

²² [Abortuscentrum Lokeren \(centrumdurmelaan.be\)](http://centrumdurmelaan.be)

²³ [Labyrint | Ziekenhuis aan de Stroom \(zas.be\)](http://zas.be)

²⁴ [Abortus Brussel | Vrije Universiteit Brussel \(vub.be\)](http://vub.be)

²⁵ [Centra – Luna \(abortus.be\)](http://abortus.be)

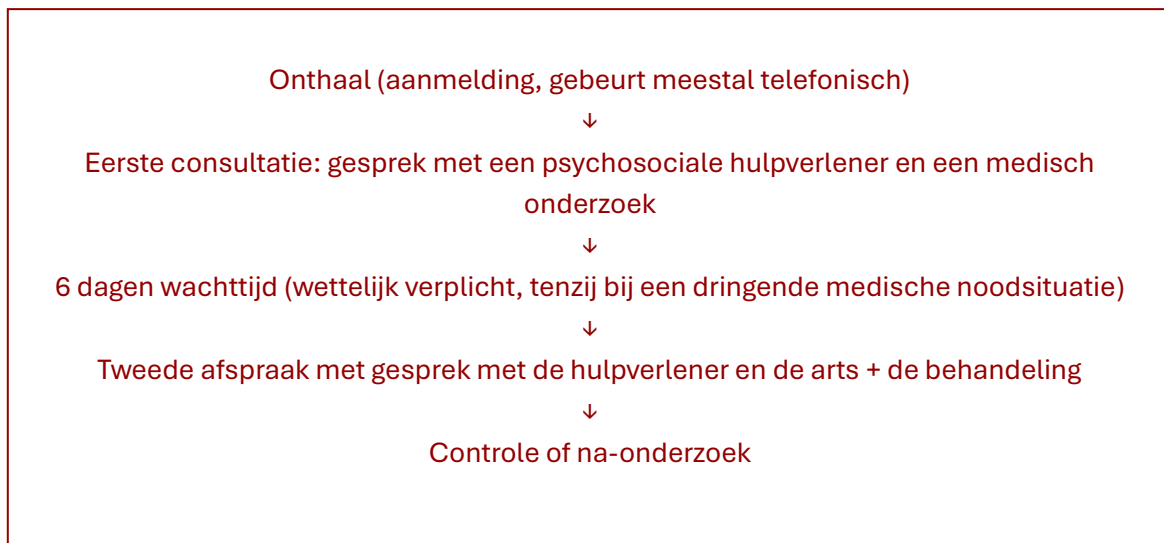
Gesprekken en consultaties gebeuren op afspraak. Tijdens het intakegesprek wordt ruim aandacht besteed aan een kwaliteitsvolle psychosociale benadering.

Veel zorg gaat naar het informeren van de vrouw, zodat deze een weloverwogen keuze kan maken. Ook eventuele achterliggende problemen worden besproken. Bovendien wordt ze gewezen op de wettelijke bepalingen in verband met de dagen bedenktijd, de periode waarbinnen abortus wettelijk mogelijk is, enzoverder.

Desnoods kan de vrouw ook terecht bij de psychosociale medewerkers en/of maatschappelijk assistent voor een bijkomend beslissingsgesprek.

Als de vrouw dat wenst, kan ze ook een extra medische consultatie aanvragen.

Bij voorkeur volgt dezelfde begeleider en dezelfde arts de vrouw gedurende het hele abortusproces (het vooronderzoek, de ingreep en de controle).



Als de vrouw vastbesloten is om tot een zwangerschapsafbreking over te gaan, wordt er dieper ingegaan op de beleving hiervan en de eventuele gevolgen.

De vrouw krijgt uitleg over de gekozen methode van zwangerschapsafbreking (abortuspil of zuigcurettage) en wordt gesensibiliseerd voor haar toekomstige anticonceptie.

5.1.1.3 Aantal raadplegingen van de voorlichtingsdienst

De Evaluatiecommissie ontving geen jaarverslag van het Centrum Durmelaan in 2022. De 6 andere centra rapporteerden voor 2022 9.784 raadplegingen. In 2023 waren dat er 10.607 voor de 7 centra.

Het gerapporteerd aantal raadplegingen van de voorlichtingsdiensten betreft valt grosso modo samen met het aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking. Een verklaring hiervoor, is dat de meeste centra het aantal cliënten vermeldt dat een beroep op hen doet voor een zwangerschapsafbreking.

In werkelijkheid zouden deze cijfers hoger moeten liggen. Immers: één verzoek tot abortus geeft aanleiding tot minimaal twee, maar soms ook meer gesprekken of raadplegingen.

Het merendeel van de vrouwen beperkt het aantal raadplegingen tot het vooronderzoek, de zwangerschapsafbreking zelf en een eventuele controle.

We merken op dat het aantal raadplegingen gemiddeld 20% hoger ligt dan het aantal gerapporteerde zwangerschapsafbrekingen.

5.1.1.4 Toegepaste opvang- en hulpmethoden

De Vlaamse abortuscentra werken steeds op afspraak. De centra zijn iedere werkdag bereikbaar. De meeste cliënten nemen telefonisch contact, maar ook doorverwijzing door de huisarts is mogelijk. Op dat moment wordt het verloop van een vooronderzoek uitgelegd, wordt er informatie gegeven over de derdebetalersregeling voor cliënten die aangesloten zijn bij een ziekenfonds en wordt er ook uitgelegd dat een eventuele afspraak voor een zwangerschapsafbreking kan gemaakt worden bij het vooronderzoek.

Labyrint biedt een tolkdienst aan voor slechthorenden en cliënten waarvoor Nederlands moeilijk is.

De toegepaste methoden verlopen gelijkaardig voor alle centra.

De procedure verloopt in drie fasen, namelijk het vooronderzoek, de ingreep en de nacontrole. Deze fasen zijn wettelijk vastgelegd.

- *De eerste consultatie - het vooronderzoek*

Het vooronderzoek wordt uitgevoerd door een interdisciplinair team (een psychosociaal medewerker en een arts). Drie basisattitudes zijn essentieel voor kwalitatieve abortushulpverlening: cliëntgericht, niet-paternalistisch en professioneel.

In samenspraak met de ongepland/ongewenst/ongewild zwangere cliënte worden partners of andere belangrijke derden betrokken in het hulpverleningstraject. Als we verder spreken over 'de cliënt' wordt steeds het cliëntstelsel bedoeld dat betrokken is bij de zwangerschap.

De psychosociaal medewerker doet een aanbod om het beslissingsproces samen te bekijken en/of te verhelderen. Het intakegesprek heeft steeds een open karakter. Het is belangrijk dat er wordt aangesloten bij wat de cliënt wenst en 'nodig' heeft, dit zowel op vlak van psychosociale ondersteuning als op vlak van concrete en praktische informatie.

Het centrum Labyrint geeft in hun laatste jaarverslag een grondige uitleg over het intakegesprek bij de sociaal verpleegkundige en meldt ons het volgende:

“We maken de cliënte van bij het begin duidelijk dat dit gesprek dient ter ondersteuning. We gaan te allen tijde uit van de vaste wil van de cliënte.

In geval van twijfel geven we de cliënte aan dat er nog geen beslissing hoeft genomen te worden en dat de zwangerschapskeuze nog alle kanten uit kan. De cliënte haar noodsituatie en context worden grondig besproken. Ook eventuele achterliggende en/of relationele problemen worden besproken.

Als ze vastbesloten is om tot abortus over te gaan wordt dieper ingegaan op haar gevoelsbeleving hieromtrent. Haar inzicht betreffende de impact van deze beslissing en mogelijk verloop van dit verwerkingsproces komen eveneens aan bod. Indien nodig geven we ook reeds aan dat meerdere gesprekken en na-begeleiding mogelijk zijn, met eventuele doorverwijzing naar een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg of Fara.

Ook wordt de cliënte ingelicht over de mogelijke alternatieven voor abortus (vooral bij grote twijfel) en over de opvang- en/of ondersteuningsmogelijkheden waarop zij een beroep kan doen indien zij beslist de zwangerschap uit te dragen.

In samenspraak met de arts en de cliënte wordt de behandeling bepaald (zuigcurettage of abortuspil). Er worden praktische inlichtingen en uitleg gegeven over het verloop van de behandeling en de eventuele risico's.

Tenslotte wordt nagegaan wat er is misgelopen met het anticonceptiegebruik en wordt voorlichting gegeven en besproken welk voorbehoedsmiddel in de toekomst kan gebruikt worden”.

De inhoud van de psychosociale gesprekken wordt bepaald door de specifieke situatie waarin cliënten geconfronteerd worden met een zwangerschap die als ongepland, ongewenst of ongewild wordt ervaren.

Toch zullen bepaalde thema's altijd aan bod komen tijdens het vooronderzoek:

- ruimte geven aan de cliënten om hun verhaal over de zwangerschap te brengen;
- peilen naar het gevoel van de cliënte over de zwangerschap en de daaruit ontstane omstandigheden;
- peilen naar de bredere (sociale) context en zo meer;
- het verloop van de zwangerschap tot dusver bespreken;
- de medische voorgeschiedenis van de cliënte bekijken;
- het maken van een echografie om de duur van de zwangerschap te bepalen.
- Als de zwangere vrouw haar zwangerschap wil afbreken en andere opties werden uitgesloten, worden de medische aspecten van een eventuele zwangerschapsafbreking besproken. Samen wordt er bepaald welke behandeling het best bij de cliënt past en wordt er de nodige toelichting gegeven.
- Het bespreken van de voorheen gebruikte anticonceptiva, wat er in dit verband misgelopen kan zijn en welke opties er zijn naar de toekomst toe, met andere woorden: voorlichting omtrent voorbehoedsmiddelen is een essentieel onderdeel van abortushulpverlening.

Een afspraak voor de zwangerschapsafbreking kan, als de cliënte dit wenst, gemaakt worden aan het eind van het vooronderzoek. Bij twijfel rond de beslissing kunnen bijkomende gesprekken gepland worden.

- *De zwangerschapsafbreking*

De afspraak voor een zwangerschapsafbreking start steeds met een gesprek over de beslissing en alle daarbij behorende facetten, waarna de cliënte haar beslissing tot zwangerschapsafbreking schriftelijk bevestigt.

De zwangerschapsafbreking gebeurt volgens 2 soorten behandelingen

1. De medicamenteuze zwangerschapsafbreking

Het eerste type behandeling is de medicamenteuze zwangerschapsafbreking. Deze behandeling kan in een ambulante setting tot een zwangerschapsduur van negen weken amenorroe. Ze bestaat uit 2 fases die maximaal 48 uur uit elkaar liggen.

- Fase 1:
Tijdens deze fase neemt de cliënte oraal Mifégyne® in. Dit is een antiprogestageen dat de effecten van het lichaamseigen hormoon progestageen – nodig voor de ontwikkeling van de zwangerschap – tegengaat.
- Fase 2 :
De cliënte krijgt dan prostaglandines toegediend (vaginaal/buccaal/sublinguaal). Prostaglandines doen de baarmoeder samentrekken, wat leidt tot het uitstoten van de vruchtzak. Tijdens fase 2 verblijft cliënte maximum vier uur in het centrum.

Afhankelijk van het verloop van de behandeling wordt een controle gepland.

2. Zuigcurettage

Het tweede type behandeling is de zwangerschapsafbreking door een zuigcurettage.

Dit is een technische ingreep waarbij de inhoud van de baarmoeder wordt geaspireerd. Deze ingreep gebeurt tot een zwangerschapsduur van 14 weken amenorroe en gebeuren onder lokale verdoving. De cliënte wordt tijdens en na de ingreep bijgestaan door een psychosociaal medewerker. De behandeling duurt ongeveer 15 minuten en wordt gevolgd door een rustmoment van minstens een half uur. De behandelende arts ontslaat de cliënte en beslist of een controle gepland wordt.

- *De controle-raadpleging*

Ongeveer twee weken na de zwangerschapsafbreking volgt eventueel een medische controle. De arts die de behandeling uitvoert of die de medicamenteuze behandeling begeleidt bespreekt met de cliënte wanneer een controle noodzakelijk is. Ook na plaatsing van een spiraaltje komen cliënten op echografische controle.

Psychosociale opvolgingsgesprekken zijn steeds mogelijk en de cliënte wordt op de hoogte gebracht van de mogelijkheden van na-begeleiding met eventuele doorverwijzing naar een Centrum voor Geestelijke gezondheidszorg of de vzw Fara.

5.1.1.5 Specifieke gevallen van opvang en begeleiding

Labyrint merkt op dat een groot aantal allochtone vrouwen, illegalen en asielzoeksters weinig of geen kennis van anticonceptie hebben. Deze groep gaat vaak emotioneel anders om met abortus, voornamelijk door dit als een vorm van anticonceptie of gezinsplanning te beschouwen. Voor het oplossen van communicatieproblemen dient vaak een beroep gedaan te worden op tolken.

Daarnaast wijst Labyrint erop dat de minderjarige cliënten vaker lijden onder een zware psychische draaglast. Bij deze cliënten heerst binnen het gezin vaak een taboesfeer rond seksualiteit en wordt er door een gebrek aan openheid niet over anticonceptie gepraat. Ook ouders kunnen baat hebben bij begeleiding.

5.1.1.6 Voorstellen ter verbetering van de preventie van ongewenste zwangerschappen in 2022-2023

Labyrint doet drie voorstellen in haar jaarverslag:

- een betere informatieverspreiding over de morning-afterpil: Labyrint stelt vast dat het bestaan en de beschikbaarheid nog steeds weinig bekend zijn, vooral bij jongeren;
- nog meer voorlichting op school in verband met juist anticonceptiegebruik (Labyrint verwijst naar artikels omtrent misinformatie op TikTok over voorbehoedsmiddelen²⁶) en het doorbreken van de taboesfeer rond seksualiteit. Bij voorlichting over condoomgebruik zou steeds moeten gewezen worden op de noodzaak van een bijkomend anticonceptiemiddel ('double dutch-methode');
- verdere verlaging van de kostprijs van anticonceptiva, immers: onder andere jongeren, behoeftigen, asielzoekers, illegalen kunnen de aankoop financieel dikwijls niet aan.

Ook LUNA vzw pleit voor een uitbreiding van de terugbetaling van anticonceptie om zo mogelijke financiële drempels rond anticonceptiegebruik weg te nemen.

5.1.2 Ziekenhuizen

5.1.2.1 Samenstelling en werking van de dienst

Het aantal personeelsleden varieert van 2 tot 20. Deze personeelsleden werken niet noodzakelijk exclusief voor de voorlichtingsdienst met betrekking tot zwangerschapsproblematiek.

De activiteit past in het kader van de dienst Gynaecologie / Fertiliteit / Verloskunde.

De kwalificaties zijn vergelijkbaar met de centra. Er is een multidisciplinair team van artsen, psychologen, vroedkundigen, maatschappelijk assistenten en/of (sociaal) verpleegkundigen. Bij enkele ziekenhuizen maken ook juristen deel uit van het team.

²⁶ Onder andere: [Tieners delen op TikTok en Instagram \(onveilige\) anticonceptietips: "Geen slecht idee om ook gewoon eens de bijsluiter van je pil te lezen" | VRT NWS: nieuws](#); [Misleidende filmpjes op TikTok en Instagram verspreiden hormonenfobie onder jongeren \(knack.be\)](#)

De procedure die wordt doorlopen vóór, tijdens en na de zwangerschapsafbreking, is vergelijkbaar met die in de centra. Verschillende ziekenhuizen geven aan enkel zwangerschapsafbrekingen uit te voeren op basis van medische indicatie, al dan niet na prenatale diagnostiek (AZ Groeninge, Heilig Hart Leuven, VITAZ, AZ Diest en AZ Klina) of in geval van een reële noodtoestand (UZ Brussel). In andere gevallen sturen zij door naar abortuscentra.

AZ Klina en Heilig Hart Leuven bezorgden ons hun visietekst. Deze ziekenhuizen hebben een orgaan / ethisch comité dat indien nodig bijeengeroepen kan worden in het kader van de beslissing tot zwangerschapsafbreking. VITAZ stuurde haar procedure voor zwangerschapsafbreking mee met het jaarverslag.

5.1.2.2 Aantal raadplegingen van de dienst

De 14 ziekenhuizen die hun jaarverslagen voor 2022 overmaakten, hebben gezamenlijk 236 raadplegingen gemeld. In 2023 waren 16 ziekenhuizen goed voor 284 gemelde raadplegingen.

5.1.2.3 Toegepaste opvang- en hulpmethoden

Meestal wordt de voorlichtingsdienst op vraag van de gynaecoloog of de behandelend arts ingeschakeld.

De bereikbaarheid van de voorlichtingsdiensten volgt doorgaans de openingsuren van de dienst.

De meeste ziekenhuizen hebben eigen flyers of documentatiebrochures met uitleg over de voorlichtingsdienst en de gegevens van de medewerkers en/of artsen bij wie men een afspraak kan maken.

Tijdens de begeleidingsgesprekken wordt vooral de nadruk gelegd op de emotionele ondersteuning, het wetgevend kader, informatie over de ingreep en het verloop ervan en de voorlichting rond anticonceptie. Vaak wordt ook verwezen naar FARA vzw, een steunpunt dat zwangerschapskeuzes begeleidt.

De vrouw ondertekent een intentieverklaring als zij in de overtuiging is de zwangerschapsafbreking te laten voltrekken.

De emotionele aspecten van haar beslissing en de eventuele nasleep komen ook aan bod. Er wordt haar medegedeeld dat er ten behoeve van het verwerkingsproces één of meerdere nazorggesprekken mogelijk zijn en indien gewenst heeft de vrouw de mogelijkheid een ondersteuningsgesprek te bekomen bij de voorlichtingsdienst of bij een psychologisch consult.

VITAZ bezorgde ons het document 'Perinatale diagnostiek – zwangerschapsafbreking', een procedure voor patiënten die een zwangerschapsafbreking laten uitvoeren op medische indicatie. Deze omvat onder andere een 11-stappenplan met als doelstelling uniformiteit in de handelwijze en een leidraad te geven bij de verschillende mogelijke handelingen. Bij Heilig Hart Leuven zit de procedure vervat in de 'Visietekst zwangerschapsafbreking om medische redenen'.

5.1.2.4 Voorstellen om de preventie te verbeteren

Net als vorige jaren, pleit AZ Jan Palfijn Gent voor betaalbare anticonceptie, ook voor mensen in maatschappelijk kwetsbare context (waaronder mensen zondervblijfsdocumenten). AZ Jan Palfijn ervaart daarnaast een gebrek aan eenvoudige informatiekanalen rond de menstruele cyclus, voorbehoedsmiddelen en tools voor het doorbreken van mythes rond anticonceptie. De voorlichtingsdienst van AZ Jan Palfijn maakt in dit kader onder andere gebruik van de documentatiemap 'Contraceptie' door Kind&Gezin en de informatiefiches van Sensoa.

De verslagen van de andere ziekenhuizen maken geen melding van (nieuwe) suggesties of verbeteracties.

5.2 Analyse van de jaarverslagen van de Franstalige voorlichtingsdiensten

5.2.1 Centra

Deze gegevens zijn afkomstig uit de jaarverslagen die in 2022 en 2023 door 34 centra zijn bezorgd.

5.2.1.1 Aantal personen dat in de voorlichtingsdienst werkt en hun kwalificatie

Het personeel is onderverdeeld in de volgende categorieën:

- jurist;
- psycholoog;
- maatschappelijk werker;
- consulent of huwelijksconsulent;
- arts en gynaecoloog;
- andere, die de volgende personeelscategorieën omvatten:
 - EVRAS-animatoren;
 - gebrevetteerde, gegradueerde sociaal verpleegkundige inzake sociale gezondheidszorg;
 - vroedvrouw;
 - gezinsbemiddelaar of -therapeut;
 - licentiaat - master in de gezinswetenschappen en seksualiteit, seksuoloog,
 - opvoeders;
 - leidinggevend personeel, administratief, boekhoudkundig en financieel en/of coördinerend personeel.

Uit de ontvangen cijfers blijkt dat de dienst in **2022** tussen 9 en 39 personen telde, en in **2023** tussen 12 en 41 personen.

Naast de hierboven vermelde personeelscategorieën noemden sommige centra ook: gespecialiseerd opvoeder, psychotherapeut, opvangmedewerker, medisch-administratief assistent, revalidatiespecialist voor motorische en psychische aandoeningen, en psychologisch assistent.

5.2.1.2 Werking van de voorlichtingsdienst

Toegang, raadplegingen, gegevens en supervisies.

De **bereikbaarheid** van de diensten wisselt naargelang van de centra, gaande van 7.30 uur tot 19.30 uur tijdens de week en van 9.30 uur tot 13 uur op zaterdag.

Er worden **permanenties** ter plaatse en via telefoon georganiseerd voor de opvang, maar de medische gesprekken, de zwangerschapsafbrekingen, de juridische, sociale, echtelijke en psychologische raadplegingen alsook de familiale bemiddelingen gebeuren enkel op **afspraak**.

De afspraakfiches en de **administratieve, psychosociale en medische gegevens** worden bewaard in het elektronisch patiëntendossier.

De **gegevens** van de zwangerschapsafbrekingen van **vrouwen die in orde zijn met het ziekenfonds**, worden opgenomen in het RIZIV-register. De gegevens van de vrouwen die niet in orde zijn met het ziekenfonds, worden opgenomen in de activiteitenverslagen die aan het gewest worden bezorgd.

Het centrum stuurt een medisch verslag naar de **adviserend arts van het ziekenfonds** die ook de aanvraag voor tegemoetkoming in de kosten van de revalidatieverstreking ontvangt.

Indien de vrouw dat wenst, wordt een **liaisonfiche** aan haar behandelend arts bezorgd.

Voor elke zwangerschapsafbreking wordt een "Registratieformulier zwangerschapsafbreking" bezorgd aan de **Nationale Evaluatiecommissie** en elk jaar ontvangt de commissie ook het "Jaarverslag" en het "Jaarverslag van de voorlichtingsdienst" van de instelling waar de zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd.

Er worden zeer regelmatig multidisciplinaire vergaderingen, intervisies en klinische supervisies georganiseerd om de opvang, de begeleiding, de tenlasteneming, de raadplegingen, de zwangerschapsafbrekingen en de opvolging te optimaliseren. De uitwisselingen hebben met name betrekking op:

- de vastgestelde klinische situaties en de uitwisseling van goede medische praktijkvoering;
- de toe te passen behandelingen, het pijnmanagement en de nieuwe geneesmiddelen;
- de verbetering van de tenlasteneming van minderjarigen;
- de toepassing van wettelijke voorschriften (wachttijd, aantal weken zwangerschap om een VZA uit te voeren),
- ethische en vertrouwelijke kwesties,
- het onthaal en de multidisciplinaire opleiding van stagelopende artsen;
- de verbetering van het netwerken met de (externe) ziekenhuisstructuren en lokale medisch- psychosociale structuren;
- het animatiebeheer.

Voor de tenlasteneming van **buitenlandse vrouwen** wordt een beroep gedaan op collega's die andere talen spreken, maar wordt ook vaak samengewerkt met structuren die tolken ter beschikking stellen.

Netwerken

De centra zijn over het algemeen opgenomen in een netwerk met andere centra (voor het beheer van de wachttijden), specifieke lokale structuren (aangepaste psycho-medisch-sociale opvang) en ziekenhuizen, via overeenkomsten (voor een volledige verdoving of het beheer van acute pijn of een te specifiek ziektebeeld of psychisch beeld).

Er worden ook samenwerkingsverbanden georganiseerd met vaste partners (bv.: Love Week, Love Pack Day, platform tegen echtelijk geweld, vrouwencollectief Fedasil,...) of eenmalige partners via psychosociale en culturele netwerken (bv.: tijdens een conferentie - debat over VZA tijdens een toneelvoorstelling over tienerzwangerschap).

Animaties

Gespecialiseerd personeel (animatoren, opvoeders, maatschappelijk werkers of coördinatoren) verstrekken ook informatie ter bevordering van drieledige preventie: "condoom + anticonceptiemiddel + preventie van seksueel overdraagbare ziektes om onvruchtbaarheid te voorkomen".

Die animaties hebben betrekking op relaties, liefde en seksualiteit, anticonceptie, respect, intimiteit, soa's, verslavingen, geweld, relatie met de ouders, aan- of afwezigheid van een kindwens, ... en passen in een brede tendens om na te denken over ethische, medische en psychologische aspecten van zwangerschapspreventie en -afbreking en richten zich in het bijzonder op:

- scholen en studentenmilieus;
- vakantie- en recreatieplaatsen;
- structuren voor jongvolwassenen met een fysieke en/of mentale beperking;
- discussieplaatsen en voorzieningen voor gezondheids promotie zoals wijkgezondheidscentra;
- moedertehuizen en opvangplaatsen en structuren voor kwetsbare volwassenen,
- opleidingsplaatsen voor zorgkundigen of gezinshelpers.

Specifieke werkingsproblemen die door bepaalde centra aan de kaak worden gesteld:

- Verschillende centra benadrukken dat het moeilijk is om artsen te vinden die zwangerschapsafbrekingen uitvoeren en de noodzaak om raadplegingen te schrappen bij afwezigheid van artsen, bij gebrek aan vervangers (met name in de zomer of bij een vertrek). Die tekorten verergeren de wachttijden vóór een tenlasteneming en/of doorverwijzing naar andere structuren. Een van die centra is van oordeel dat het gebrek aan opgeleide artsen nog meerdere jaren zal aanslepen, ook al is er een module "kleine gynaecologie" in de cursus algemene geneeskunde opgenomen.
- Een centrum stelt problemen aan de kaak in verband met het boekhoudkundig en administratief beheer van de terugbetalingen toegekend door de ziekenfondsen, omdat dat beheer helemaal niet transparant is en er geen verplichte modaliteiten zijn voor de ziekenfondsen die centra bevoordelen en bestraffen:
 - o bedragen worden niet ten laste genomen zonder dat daarvoor een verklaring wordt gegeven;
 - o groepering van facturen zonder duidelijke aanwijzingen over wat al dan niet werd aanvaard;
 - o weigering van de tegemoetkoming door de Christelijke Mutualiteiten wegens het niet in acht nemen van de wettelijke bedenktijd terwijl de arts in toepassing van de wet de wettelijke termijn in geval van een medische noodzaak kan inkorten. De ziekenfondsen vragen bewijsstukken waaruit die medische noodzaak blijkt, waaronder de persoonlijke aantekeningen van de artsen, terwijl die informatie tot het privéleven van de vrouw en tot het medisch geheim behoort.

5.2.1.3 Aantal raadplegingen van de voorlichtingsdienst

Wat in rekening moet worden gebracht

De raadplegingen voor een zwangerschapsafbreking worden ingedeeld volgens de geleverde verstrekkingen en gerangschikt per forfait:

- eerste forfait: opvang (fase 1) en VZA-voorgesprek (fase 2);
- tweede forfait: zwangerschapsafbreking (fase 3) en VZA-nagesprek (fase 4).

Alle raadplegingen (4 fasen) worden opgenomen in een RIZIV-register in het kader van de toepassing van de "Revalidatieovereenkomst inzake de medisch-psycho-sociale begeleiding bij een ongewenste zwangerschap".

In dat kader moet het register 5 jaar in het centrum blijven, ter beschikking van de artsen-inspecteurs van het RIZIV en van het College van Artsen-directeuren en van de adviserend artsen van de verzekeringsinstellingen.

Gecommuniceerde raadplegingen

In **2022** varieerde het aantal raadplegingen dat door 33 centra (van de 34) werd gecommuniceerd tussen 56 en 6.590.

In **2023** varieerde het aantal raadplegingen dat door 33 centra (van de 34) werd gecommuniceerd tussen 247 en 5.200.

Het verschil tussen de gecommuniceerde minimum- en maximumwaarden kan zeer groot zijn door de manier waarop registratiecriteria worden geïnterpreteerd en de registratie van meerdere afspraken in geval van medische problemen of twijfel bij de vrouw.

Het centrum dat geen aantal raadplegingen heeft gecommuniceerd zegt 1) dat veel (verschillende) raadplegingen, opgenomen in het RIZIV-forfait, niet terug te vinden zijn in de ingevoerde cijfers en 2) dat verschillende contacten, eenvoudige vragen om informatie, onmogelijk kunnen worden meegerekend.

Een centrum stelt vragen bij het nut van het RIZIV-register, rekening houdende met de forfaitaire aard van de tijden die erin staan aangegeven en het feit dat het nooit wordt gecontroleerd.

5.2.1.4 Methodes van opvang en begeleiding

Een opvangmedewerker, over het algemeen een maatschappelijk werker of psycholoog, en een arts begeleiden de vrouw vóór, tijdens en na de zwangerschapsafbreking. De opvangmedewerker en/of de arts kunnen verschillende gesprekken met de vrouw voeren indien ze twijfelt, indien er medische problemen zijn of indien er nog steeds angsten bestaan. Tijdens dit proces kan de vrouw zich laten vergezellen door een persoon naar keuze.

A. Voor de zwangerschapsafbreking

Er kan een telefonisch gesprek of een eerste gesprek ter plaatse zonder afspraak plaatsvinden met de opvangmedewerker voor een eerste luistersessie en voor de preliminaire informatie. Er kan ook een spoedgesprek plaatsvinden om een zwangerschapstest uit te voeren of een noodpil te verkrijgen. Vervolgens zal er een VZA-voorgesprek plaatsvinden tussen de opvangmedewerker en de vrouw, een medisch gesprek tussen de vrouw en de arts en een intervisie tussen de opvangmedewerker en de arts.

VZA-VOORGESPREK

Psychosociaal gesprek

Er wordt gesproken over de kindervens, de visie op het gezin, de plaats van de verwekker, de socio-economische en administratieve context, het affectieve en relationele klimaat, familiale, culturele en religieuze druk evenals over moeilijkheden en kwetsbaarheden.

Mogelijke crisissituaties (adolescentie, trauma's, rouw, ...) worden geïdentificeerd en eventuele verslavingen en geweld worden geformuleerd.

Afhankelijk van de geïdentificeerde moeilijkheden kan individuele therapie, therapie voor koppels of gezinstherapie worden voorgesteld.

De opvangmedewerker zal bij het luisteren rekening houden met de identiteit, de culturele, religieuze en/of filosofische achtergrond van de vrouw en zal steeds welwillend zijn, zonder oordeel te vellen.

Alternatieven: voortzetten van de zwangerschap om het kind te behouden of af te staan voor adoptie of plaatsing in een opvanggezin.

De gevolgen van de voortzetting of het afbreken van de zwangerschap op het leven van de vrouw en haar echtelijke, emotionele en familiale leven worden beschouwendelijk gemaakt.

Er wordt informatie verstrekt over de kindervens, de opvolging van de zwangerschap, interne en externe diensten die de vrouw kunnen helpen zwanger te blijven (bv. ONE, "Office de la naissance et de l'enfance") en adoptie.

Informatie over huisvestingsondersteuning en -rechten, financiële, sociale en juridische bijstand waarop men aanspraak kan maken als men de zwangerschap voortzet

De opvangmedewerker brengt zo nodig de sociale zekerheidsdossiers in orde, onderneemt stappen bij het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), gaat op zoek naar een opvangtehuis of zorgt voor bemiddeling met de ouders. In geval van een ernstig probleem, kan de vrouw worden doorverwezen naar een gespecialiseerde juridische, sociale of psychologische dienst.

Methodes voor zwangerschapsafbreking

Alle informatie over de wet, methodes, richtlijnen, kostprijs, opvolging en (ab)normale gevolgen wordt meegedeeld. Er worden informatiebrochures van de Franse Gemeenschap of de centra voor gezinsplanning overhandigd.

Overhandigde documenten

- de planning van de afspraken;
- de documenten die de belangrijke richtlijnen en raadgevingen vermelden (gelezen en uitgelegd);
- de (ab)normale fysieke gevolgen alsook de voorgeschreven en verboden geneesmiddelen;
- het instemmingsformulier, specifiek voor elke methode, dat door de vrouw moet worden ondertekend;
- het verzekeraarheidsdocument dat door het ziekenfonds moet worden ingevuld;
- het "aanvraagformulier voor tegemoetkoming in de kosten van de revalidatieverstreking en in de bijbehorende verplaatsingskosten", bestemd voor het ziekenfonds.

Wettelijke termijn van 6 dagen

Deze week bedenktijd laat toe om verder te werken, en om de beslissing te laten bezinken, te doen rijpen en te consolideren, of om van mening te veranderen.

Zwangerschapsafbrekingen uit te voeren in het buitenland, na de wettelijke termijn van 12 weken zwangerschap sinds de conceptie (14 weken amenorroe).

De redenen waarom de vrouw in dat stadium van de zwangerschap naar het centrum is gekomen, worden vermeld.

Er worden echografieën uitgevoerd en er wordt gratis RhoGAM® voorgeschreven bij een negatieve resusfactor.

De contactgegevens van de tussenstructuren, de te ondernemen stappen en de aan de instellingen te bezorgen documenten worden doorgegeven; het centrum kan deze stappen ook ondernemen in het kader van samenwerkingen met instellingen in het buitenland, zoals bijvoorbeeld de Bloemenhovekliniek in Nederland en het Centro Médico Aragón in Spanje.

Indien de zwangerschap evenwel te vergevorderd is, kan contact worden opgenomen met instellingen die het voortzetten van de zwangerschap en de bevalling begeleiden en instaan voor de psychosociale follow-up.

Indien nodig kan er geholpen worden bij de keuze tussen het houden van het kind of adoptie.

Zwangerschapsafbreking bij minderjarigen

De meerderjarige vrouw of een meerderjarig persoon die een jong minderjarig meisje vergezelt moet een instemmingsformulier ondertekenen.

MEDISCH ONDERZOEK

Anamnese en gynaecologisch en profylactisch onderzoek

De duur van de zwangerschap wordt gecontroleerd via echografie; er wordt gecontroleerd of er geen sprake is van infecties en/of contra-indicaties of een buitenbaarmoederlijke zwangerschap en ook de bloedgroep wordt gecontroleerd. Er wordt een medisch onderzoek uitgevoerd.

Anticonceptie

Het mislukken van of de weerstand tegen anticonceptie worden geanalyseerd en er wordt over de toekomstige anticonceptie - ook over anticonceptie voor mannen en noodanticonceptie - gesproken om een nieuwe ongewenste zwangerschap te voorkomen. Er worden brochures overhandigd.

INTERVISIE TUSSEN DE ARTS EN DE OPVANGMEDEWERKER

Er vindt een uitwisseling van informatie plaats voor een optimale tenlasteneming van de vrouw.

B. Tijdens de zwangerschapsafbreking

Methode van zwangerschapsafbreking

De arts voert de zwangerschapsafbreking uit in aanwezigheid van de opvangmedewerker die de vrouw bijstaat en geruststelt en haar de kans geeft om te vertellen wat ze heeft meegemaakt. Een tweede arts is aanwezig in het centrum.

De keuze van de methode hangt af van de duur van de zwangerschap, eventuele medische contra-indicaties en de keuze van de vrouw.

De medicamenteuze zwangerschapsafbreking, mogelijk tot 7 weken zwangerschap sinds de conceptie (9 weken amenorroe), wordt in 2 tijden uitgevoerd: inname van een eerste geneesmiddel om de effecten van het progesteronhormoon te onderbreken en om de baarmoederhals te dilateren, en 36 tot 48 uur later een tweede geneesmiddel dat weeën opwekt en het embryo uitdrijft. Die tweede fase vereist de aanwezigheid van personeel gedurende 4 à 5 uur.

Indien de uitdrijving niet in het centrum gebeurt, vindt die thuis plaats. De vrouw gaat dan naar huis met de gebruiksrichtlijnen, de gsm-nummers van de artsen van het centrum en een verwijsbrief indien ze naar het ziekenhuis zou moeten gaan (zeer uitzonderlijk).

De chirurgische zwangerschapsafbreking, uitgevoerd tot 12 weken zwangerschap sinds de conceptie (14 weken amenorroe) of later wegens een ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw of een ernstige en ongeneeslijke aandoening van het ongeboren kind, is een aspiratie die onder lokale verdoving van de baarmoederhals of onder algemene verdoving wordt uitgevoerd. De keuze van de verdoving hangt af van de medische situatie en van de voorkeuren van de vrouw. De aspiratie duurt ongeveer 20 minuten en wordt gevolgd door een rustfase die steeds vaker thuis plaatsvindt.

De vrouw kan wegens een specifiek of ingewikkeld klinisch beeld, voor het uitvoeren van een algemene verdoving of in noodgevallen worden doorverwezen naar een ziekenhuis, vaak in het kader van een samenwerkingsovereenkomst tussen het centrum en het ziekenhuis.

Anticonceptie

De toekomstige anticonceptie wordt op punt gesteld.

C. Na de zwangerschapsafbreking

Medisch controlebezoek

Bij chirurgische zwangerschapsafbrekingen wordt ten vroegste na 2 weken en ten laatste 4 of 5 weken na de aspiratie een medische controle uitgevoerd in het geval van een chirurgische of medicamenteuze zwangerschapsafbreking ter plaatse en na 1 week in het geval van een medicamenteuze zwangerschapsafbreking, indien de uitdrijving thuis plaatsvindt.

Anticonceptie

De arts controleert de plaatsing van de anticonceptie en sensibiliseert de vrouw over haar intieme hygiëne.

Ontmoeting met de opvangmedewerker

De opvangmedewerker heeft een gesprek met de vrouw zodat deze laatste kan vertellen wat zij na de zwangerschapsafbreking ervaart.

De vrouw kan ook gehoord worden door de psycholoog en eventueel worden doorverwezen naar een gespecialiseerde sociale of psychologische dienst.

5.2.1.5 Specifieke gevallen van opvang en begeleiding

Medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen thuis: naar aanleiding van maatregelen genomen in het kader van de COVID-19-pandemie (Coronavirus - Sars-CoV2)

Naar aanleiding van de positieve respons op deze maatregel blijven sommige centra vrouwen met een vroege zwangerschap (minder dan 6 weken sinds de conceptie of 8 weken amenorroe) de mogelijkheid bieden om medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen geheel of gedeeltelijk thuis te laten uitvoeren, op voorwaarde dat de arts de medische gegevens gunstig heeft bevonden en onder strikte voorwaarden (bijvoorbeeld vrouwen met een meerlingzwangerschap of die al een miskraam of een medicamenteuze zwangerschapsafbreking hebben gehad, die op minder dan 1/2 uur autorit afstand wonen, die begeleid worden, enz.)

Methodologie: de vrouw neemt de eerste dosis ter plaatse in en de uitdrijving gebeurt thuis, of ze krijgt ter plaatse de medicatie, samen met een informatieve gids (te volgen schema, instructies, contactgegevens en verwijsbrief als ze naar het ziekenhuis moet) en neemt ze thuis in.

Het tweede geneesmiddel wordt altijd doordeweeks toegediend, alleen als de arts aanwezig is (nooit in het weekend en altijd 's ochtends, om een eventuele interventie in het centrum overdag mogelijk te maken).

Er is veelvuldig telefonisch contact tussen de vrouw en de opvangmedewerker en/of de arts die aanwezig zijn in het centrum en zij zijn tijdens de gehele uitdrijvingsperiode bereikbaar.

Als de vrouw dat wil, of als er een probleem is tijdens de openingsuren van het centrum, kan ze naar het centrum gaan voor een tenlasteneming. Voor noodgevallen buiten de openingsuren van het centrum zijn de artsen bereikbaar per gsm.

Een van de centra wijst erop dat contact ook mogelijk is via sociale netwerken (Facebook of Instagram).

Het controlebezoek vindt na 1 week plaats.

Het instemmingsformulier wordt ondertekend tijdens de eerste inname (methode die deels thuis wordt uitgevoerd) of bij het VZA-voorgesprek (methode die volledig thuis wordt uitgevoerd).

Deze maatregelen werden ook toegepast in centra die zwaar getroffen waren door de overstromingen van juli 2020.

Eén centrum meldde echter dat de medicamenteuze VZA thuis (met een echocontrole in het centrum op dezelfde dag) weinig succes had.

Chirurgische zwangerschapsafbreking: naar aanleiding van maatregelen genomen in het kader van de COVID-19-pandemie (Coronavirus - Sars-CoV2)

Chirurgische zwangerschapsafbrekingen kunnen plaatsvinden op dezelfde dag als het VZA-voorgesprek voor vrouwen die zeker zijn van hun beslissing.

Steeds meer vrouwen vragen om zo snel mogelijk naar huis te mogen om uit te rusten.

Deze maatregelen werden ook toegepast in centra die zwaar getroffen waren door de overstromingen van juli 2020.

Ontdekking van de zwangerschap

Eén centrum meldt dat de toegang tot steeds gevoeligere zwangerschapstests, soms in combinatie met een grotere focus op controle bij bepaalde vrouwen, ertoe leidt dat de zwangerschap sneller wordt ontdekt (vóór 6 weken zwangerschap sinds de conceptie), wat resulteert in een toename van het aantal medische afspraken en bijbehorende tests, aangezien de zwangerschap niet zichtbaar is op echografie. Deze snelle ontdekkingen leiden tot vroege verzoeken om medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen.

Wettelijke wachttijd tussen de eerste raadpleging en de zwangerschapsafbreking

Verschillende centra wijzen op de toename van precare situaties: asielaanvragen, huiselijk geweld, hiv,... en zijn van mening dat deze verplichte wachttijd, die niet meer overeenstemt met de realiteit en leed veroorzaakt, geen zin heeft.

Informatie

Sommige huisartsen en gynaecologen hebben onvoldoende informatie over zwangerschapsafbrekingen en de gebruikte methodes, zowel medicamenteus als chirurgisch.

Een groot personeelsverloop en/of een tekort aan personeel in sommige eerstelijnssteams heeft geleid tot een gebrek aan informatie en een gebrek aan bewustzijn van de tussenstructuren.

Eén centrum benadrukt hoe moeilijk het is om op bepaalde scholen toegelaten te worden.

Anti-choice-bewegingen op sociale netwerken zorgen voor een schuldgevoel bij vrouwen.

Zwangerschapsafbrekingen buiten de wettelijke termijn (12 weken zwangerschap sinds de conceptie of 14 weken amenorroe)

Eén centrum wijst erop dat als een vrouw haar zwangerschap in het buitenland moet afbreken, een solidariteitsfonds tussenbeide kan komen.

Eén centrum rapporteert een daling van het aantal zwangerschapsafbrekingen dat buiten de termijn wordt aangevraagd en waarvoor een zwangerschapsafbreking in het buitenland nodig is, en merkt op dat vrouwen beter geïnformeerd aankomen over de wet en de gebruikte methodes.

Anticonceptie

Verschillende centra betreuren het aantal mislukkingen, ondanks de nadruk die wordt gelegd op het belang van goede anticonceptie, en benadrukken het gebrek aan kennis over het gebruik ervan, ongeacht het publiek.

Een centrum wijst erop dat sommige vrouwen hormonale anticonceptie weigeren omdat ze terug willen naar natuurlijke methodes en/of omdat ze bang zijn voor de bijwerkingen van hormonen, en geeft ook aan dat steeds meer vrouwen digitale toepassingen gebruiken om hun ovulatiedagen te voorspellen.

Eén centrum is echter van mening dat het afbreken van een zwangerschap kan worden gezien als een moment van grotere ontvankelijkheid voor het belang van anticonceptie, preventie, het verminderen van de risico's op een ongewenste zwangerschap en zelfbeschikking.

Specifieke situatie van de vrouw

Een of meer centra melden de volgende elementen:

- toename van het aantal precare socio-economische situaties en problemen bij de toegang tot gezondheidszorg en/of anticonceptie, één centrum zegt dat het vertrouwelijke toegang biedt tot raadplegingen en anticonceptie;
- toename van het aantal situaties van echtelijk of familiaal geweld. Hoewel deze situaties niet altijd als oorzaak van de abortus worden genoemd, of zelfs niet door de vrouw worden vermeld, kunnen ze door het personeel worden opgemerkt. In sommige gevallen is de vrouw verplicht om een abortus te ondergaan, terwijl in andere gevallen de zwangerschap verborgen wordt gehouden en de VZA geheim moet blijven. In beide gevallen doet het geweld de vraag rijzen van vrije keuze en vrije, onbelemmerde toegang tot anticonceptie en medische raadplegingen;
- talrijke tenlastenemingen van vrouwen in een onregelmatige situatie;
- talrijke situaties van kwetsbaarheden die elkaar overlappen (echtelijk, familiaal, psychologisch, sociaal en economisch), soms gecombineerd met onregelmatige situaties en (grote) financiële onzekerheid, wat leidt tot toenemende ambivalentie in de besluitvorming. Voor het oplossen van deze steeds

complexere situaties is langdurige multidisciplinaire begeleiding nodig, zelfs vóór de tenlasteneming van de zwangerschapsafbreking, die dan soms secundair wordt.

- gebrek aan voorbereiding in het besluitvormingsproces van sommige vrouwen, wat resulteert in een opeenvolging van afspraken die worden gemaakt en geannuleerd in elk stadium van de zwangerschapsafbreking. De discussie zal met het team van het centrum worden gevoerd.
- tenlasteneming van vrouwen zonder sociale dekking.
- verslavingen of psychiatrische stoornissen die leiden tot problemen zoals het niet respecteren van uurroosters, het herhaaldelijk uitstellen van afspraken of het niet innemen van geneesmiddelen.
- weigering van het ziekenfonds om de tenlasteneming te betalen van een rechthebbende die is opgenomen in een psychiatrische instelling (dag en nacht): opname in een ziekenhuis maakt een aanvullende tenlasteneming via revalidatie niet mogelijk.
- zwangerschapsafbreking aangevraagd door personen van het mannelijk geslacht: in het kader van de toepassing van de transgenderwet van 2018, kunnen transgender personen officieel hun voornaam en geslacht wijzigen op hun administratieve documenten zonder dat ze aan bepaalde medische voorwaarden hoeven te voldoen.

Eén centrum zegt samen te werken met een eerstelijns-vzw die migranten in transitie helpt: begeleiding, vertaling, plaatsen voor opvang en rust na een ingreep, administratieve ondersteuning bij het lokale OCMW, introductie en opvolging van financiële tegemoetkomingen via het Fonds voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening.

Hypnose

Sommige centra maken gebruik van hypnose (sommige personeelsleden zijn daarvoor opgeleid).

Medische controle

Eén centrum merkt op dat meer dan 80 % van de vrouwen naar hun medisch controlebezoek komt en, meer in het algemeen, dat er meer belangstelling is voor een globale tenlasteneming van de seksuele gezondheid.

Omgekeerd merkt een ander centrum op dat veel vrouwen na een medicamenteuze zwangerschapsafbreking thuis niet op controlebezoek komen omdat ze de noodzaak ervan minimaliseren.

Afspraak maken

Om de noodzaak van meerdere telefoontjes te vermijden, heeft één centrum een online agenda opgezet waarmee vrouwen gemakkelijk een afspraak kunnen boeken, een bevestiging en een herinnering per e-mail kunnen krijgen en, indien nodig, de afspraak kunnen annuleren.

Dat centrum heeft ook een gedeeld document opgezet met andere centra in de regio om elkaar op de hoogte te houden van de beschikbaarheden voor VZA-voorgesprekken, zodat vrouwen efficiënter kunnen worden doorverwezen en de wachttijden worden verkort.

Speciaal verzoek

Eén vrouw heeft een fotoreportage gemaakt van het centrum voor persoonlijk therapeutisch gebruik.

5.2.1.6 Voorstellen ter verbetering van de preventie van ongewenste zwangerschappen in 2022-2023

Zwangerschapsafbrekingen

De opvang en multidisciplinaire tenlasteneming garanderen.

De criteria voor de toegang tot zwangerschapsafbreking versoepelen en, in het bijzonder, de termijn voor het aanvragen van een abortus verlengen zodat elke vrouw haar zwangerschap kan afbreken in een erkende Belgische dienst en op die manier vermijden dat de ongelijkheden in de toegang tot de zorg groter worden door de mogelijkheid om al dan niet naar het buitenland te reizen.

Het verlengen van deze termijn zou het aantal zwangerschapsafbrekingen niet doen toenemen, aangezien de meeste vrouwen een abortus laten uitvoeren zodra ze zich bewust worden van hun zwangerschap, d.w.z. rond 7 weken zwangerschap sinds de conceptie (9 weken amenorroe).

De overeenkomst tussen de centra en het RIZIV grondig herzien en actualiseren om rekening te houden met de diversiteit van de situaties die zich voordoen en de mogelijke tenlastenemingen, evenals de kwestie van de diploma's van de professionals die deze tenlastenemingen omkaderen, aangezien de huidige wet vrouwen en VZA-professionals infantiliseert door hen niet toe te staan zich aan elke situatie aan te passen: de professionals zijn in staat om zelf effectieve, passende en secure beslissingen te nemen.

Vereenvoudigen of harmoniseren van de financieringsprocedure, die de toestemming van de adviserend arts en de facturatie van de handelingen vereist: de tijd die aan deze procedure wordt besteed, wordt niet besteed aan preventie of tenlasteneming.

Sensibiliseringscampagnes over zwangerschapsafbreking voeren.

Onderscheid maken tussen een ongeplande zwangerschap en een geplande zwangerschap die geen moederschap kan worden om verschillende redenen zoals jobverlies, scheiding, geweld, administratieve instabiliteit, ...). Ongeplande maar niet ongewenste zwangerschappen identificeren, die de kwestie van vruchtbaarheid aan de orde stellen, zonder moederschap als doel. Ten slotte het identificeren van zwangerschapsafbrekingen die het plan voor toekomstig moederschap voorbereiden (doen rijpen) (= fertility reassurance).

Alle strafrechtelijke sancties voor vrouwen en artsen afschaffen door VZA uit het strafwetboek te halen en de toegang tot VZA wettelijk regelen als een fundamenteel recht in de volksgezondheid; de rechtszekerheid en gelijke toegang tot medische diensten versterken.

Bedenktijd

De verplichte bedenktijd tussen de eerste raadpleging en de zwangerschapsafbreking terugbrengen tot 48 uur, waardoor de autonomie van de vrouw en haar vermogen om zelf te beslissen worden gerespecteerd, maakt het mogelijk om de methode te kiezen en zou de praktijk destigmatiseren.

Opleiding

Introduceren in de faculteiten geneeskunde van een opleidingsmodule over de centra voor gezinsplanning, anticonceptie (met inbegrip van de kosteneffectiviteit) en zwangerschapsafbreking, in de strijd tegen het tekort aan artsen die zijn opgeleid voor het uitvoeren van een VZA.

Het aanpakken van het tekort aan artsen die VZA's uitvoeren zou het mogelijk maken om enerzijds de tenlasteneming en begeleiding van vrouwen te verbeteren en anderzijds de druk op het personeel van de centra te verminderen.

De opleiding en informatie voor alle gezondheidsprofessionals over het recht op abortus en VZA verbeteren. De opleiding moet betrekking hebben op de medische, psychosociale en ethische aspecten van de beslissingen in verband met reproductieve gezondheidszorg.

Ondersteuning van toekomstige artsen die zich willen bekwamen in het uitvoeren van zwangerschapsafbrekingen: een centrum dat al een aantal jaren stagiairs opleidt, heeft gemerkt dat het voor die artsen moeilijk is om die opleiding in hun cursussen of stages op te nemen.

Gezondheidsprofessionals opleiden om inclusieve, niet-stigmatiserende taal te gebruiken: het dossier van de IPPF (International Planned Parenthood Federation) "Hoe praten over VZA" biedt richtlijnen voor het aanpassen van de professionele praktijken aan de behoeften en realiteiten van de personen.

Anticonceptie

Gezondheidsprofessionals bewust maken van het belang van het geven van duidelijke en nauwkeurige informatie over het gebruik van anticonceptiemiddelen, zwangerschapsafbreking en alle zaken die te maken hebben met het affectieve, seksuele en relationele leven.

Regelmatige en grootschalige sensibiliserings- en preventiecampagnes voeren over alle anticonceptiemiddelen, al dan niet gewenste zwangerschappen en zwangerschapsafbreking, in samenwerking met alle betrokken actoren, in het bijzonder de centra voor gezinsplanning. Mannen in die campagnes betrekken.

Rekening houden met het feit dat meer kwetsbare of gemarginaliseerde vrouwen meer moeite hebben om toegang te krijgen tot anticonceptie en verzorging: ervoor zorgen dat alle anticonceptiemiddelen, met inbegrip van de noodpil (klassieke morning-afterpil en morning-afterpil met langere werking), en mannelijke en vrouwelijke voorbehoedsmiddelen gratis zijn of volledig of zo goed mogelijk worden terugbetaald voor alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd en ongeacht bij welk ziekenfonds ze zijn aangesloten.

Ervoor zorgen dat anticonceptiemiddelen voor mannen gratis zijn en het gesprek over anticonceptie voor mannen stimuleren in de animaties, raadplegingen en op sociale netwerken, en mannen en jonge jongens bewust maken van hun rol bij anticonceptie door middel van sensibiliserings- en informatiecampagnes.

Een raadpleging "thermische testiculaire anticonceptie" ontwikkelen en een netwerk uitbouwen rond anticonceptie voor mannen.

Zorgvuldiger luisteren naar vrouwen die een tubaire ligatuur willen en mannen die een vasectomie willen, die vaak botsen met de conventies van de medische wereld (leeftijd, aantal geboren kinderen, ...). en met de weigering van bepaalde artsen om deze medische procedures uit te voeren.

De noodpil toegankelijk maken in alle centra voor gezinsplanning door het psychosociale personeel de toestemming te geven om de distributie ervan te verzekeren.

Informatie

Doorgaan met voorlichting en preventie over het belang van seksuele gezondheid, met name anticonceptie en de preventie van ongewenste zwangerschappen, tijdens bijeenkomsten met tieners en volwassenen, gericht op zowel vrouwen als mannen.

De aandacht vestigen op de begrippen keuze, waardigheid en respect voor de autonomie van vrouwen bij het nemen van hun beslissing.

Het destigmatiseren van abortus onder professionals en het publiek, door een eerlijke en open dialoog op gang te brengen.

Alle gezondheidswerkers bewust maken van de noodzaak om duidelijke en accurate informatie te geven over het relationele, emotionele en seksuele leven, en in het bijzonder over zwangerschapsafbreking en anticonceptie.

Objectieve informatie verspreiden, via officiële en betrouwbare kanalen, over de plaatsen waar zwangerschapsafbrekingen worden uitgevoerd en op die manier VZA minder dramatisch maken.

Documenten en hulpmiddelen gebruiken en verspreiden die werden ontwikkeld door onafhankelijke, ervaren en professionele federaties. Deze documenten gaan over relaties, emoties en seks, anticonceptie (hoe elke methode werkt en het bijbehorende condoom), de rol van planningscentra, de toegang tot zwangerschapsafbreking, enz.

Via referentienetwerken campagnes op maat van verschillende doelgroepen verspreiden over specifieke thema's zoals anticonceptie, emotioneel leven, verantwoord ouderschap, risico's in verschillende onstabiele situaties (relatiebreuk, jobverlies, onzekere administratieve situatie, enz.)

EVRAS-animaties blijven organiseren in scholen en buitenschoolse settings (instellingen, het uitgaans- en verenigingsleven) om iedereen duidelijke en nauwkeurige informatie te geven over het relationele, emotionele en seksuele leven (anticonceptie, rechten op en toegang tot zwangerschapsafbreking, de rol van de centra).

EVRAS ondersteunen met voldoende financiële middelen en zorgen voor holistische EVRAS om obstakels en overlappingsen te beperken, omdat het gebruik van anticonceptie een subjectief en rationeel proces is dat deel uitmaakt van een affectief en emotioneel leven waarin irrationaliteit kan interfereren.

Preventief informeren door ook te spreken over de kennis van het lichaam en de werking ervan, intimiteit, het concreet gebruik van elk anticonceptiemiddel en om daarnaast ook nog een condoom te gebruiken (d.w.z. dubbele methode) en een ruimte voorstellen om na te denken over de verschillende soorten weerstand tegen anticonceptie, het nemen van risico's, de vooroordelen, de voorstellingen en de responsabilisering van de partner.

Seksuele verlangens kunnen met minder taboes worden uitgesproken, los van de kindwens en er kan over instemming en gendergelijkheid worden gesproken.

Als reactie op de wens van veel vrouwen om natuurlijke anticonceptie en digitale toepassingen te gebruiken, is het de bedoeling om het gebruik en de beperkingen van deze methodes uit te leggen en informatie te geven over betrouwbaardere methodes. Het zou ook verstandig zijn om de opleidingen terug te betalen die worden aangeboden door erkende opleiders die deze methodes op een wetenschappelijke manier benaderen.

Centra voor gezinsplanning

Tegen de achtergrond van een groeiend tekort aan artsen die opgeleid zijn in zwangerschapsafbreking, moet de specifieke rol van huisartsen in centra voor gezinsplanning erkend worden: hun accreditatie behouden en zorgen voor een passende vergoeding voor hun specialisatie.

Vroedvrouwen in staat stellen om ondersteuning te bieden bij VZA's.

Goede werkomstandigheden behouden en die niet verliezen omwille van economische argumenten: snel beschikbare ruimte voor reflectie, supervisie, open en betrokken luisteren, efficiënt aanpassingsvermogen, mogelijkheid om praktijken aan te passen om te reageren op ongewone maatschappelijke en sanitaire gevolgen.

De gesprekruimtes verdedigen die door de planningscentra worden aangeboden, die zowel buiten de ziekenhuizen als met de ziekenhuizen samenwerken.

De identificatie van de centra als basisstructuur voor het emotionele, seksuele en relationele leven en de preventie van ongewenste zwangerschappen bij het publiek en het psychosociale netwerk promoten.

De betrokkenheid binnen de sociale praktijk van de sector van de gezinsplanning valoriseren.

De toegang tot informatie, de noodpil, anticonceptie en gynaecologische opvolging in de centra vergemakkelijken.

Systematisch een herinnerings- en bevestigingssysteem aan de eerste afspraak koppelen om het "no show" fenomeen " in te perken.

Transgender publiek

Op structureel niveau nadenken over de toegang tot gezondheidszorg voor transgenders: terugbetaling door de ziekenfondsen en tenlasteneming door het RIZIV van trans-specifieke zorg (mammografie, screening), met

inachtneming van de privacy om te voorkomen dat de trans-identiteitssituatie bekend wordt gemaakt aan de administratieve diensten.

Begeleiding van jonge moeders

Betere begeleiding bieden aan jonge moeders, aangezien veel VZA's worden aangevraagd door vrouwen met één of meer jonge kinderen.

5.2.2 Ziekenhuizen

De voorgestelde gegevens zijn afkomstig uit verslagen die in 2022 en 2023 door respectievelijk 34 en 35 ziekenhuizen zijn bezorgd.

5.2.2.1 Aantal personen dat in de voorlichtingsdienst werkt en hun kwalificatie

Sommige ziekenhuizen waar geen voorlichtingsdienst is of waar die beperkt is, verwijzen door naar de sociale, psychologische of interculturele bemiddelingsdiensten van het ziekenhuis.

Anderen hebben samenwerkingsovereenkomsten afgesloten met een of meerdere centra in hun geografisch gebied. De essentie van de informatie wordt door de gynaecoloog verstrekt.

Sommige ziekenhuizen voeren de zwangerschapsafbrekingen uit op de dienst Sociale Gynaecologie, waar ook advies wordt gegeven over gezinsplanning en anticonceptie en die bestaat uit gynaecologen en maatschappelijk werkers.

Sommige ziekenhuizen voeren alleen zwangerschapsafbrekingen om medische redenen en goedgekeurd door het Ethisch Comité van het ziekenhuis uit (na gunstig advies van een tweede arts).

De voorlichtingsdienst wordt dan vervangen door een multidisciplinaire cel met daarin een gynaecoloog, een psycholoog, een maatschappelijk werker, een vroedvrouw en een pediater. Vrouwen (koppels) ontmoeten systematisch een maatschappelijk werker en een psycholoog. De verzoeken die gelinkt zijn aan persoonlijke redenen, worden dan doorverwezen naar andere ziekenhuizen of centra voor gezinsplanning.

Andere ziekenhuizen organiseren een volledig aparte voorlichtingsdienst. Het personeel is voornamelijk onderverdeeld in de volgende categorieën:

- jurist;
- psycholoog;
- maatschappelijk werker;
- huwelijksconsulent;
- arts en gynaecoloog;
- andere, die de volgende personeelscategorieën omvatten:
 - gebrevetteerde, gegradueerde sociaal verpleegkundige inzake sociale gezondheidszorg;
 - vroedvrouw;
 - gezinsbemiddelaar of interculturele bemiddelaar;
 - licentiaat in de gezinswetenschappen en seksualiteit, seksuoloog;
 - secretariaatsmedewerker, administratief personeel.

Volgens de verstrekte cijfers zal het aantal personeelsleden variëren tussen 3 en 34 in **2022** en tussen 2 en 30 in **2023**.

Naast de hierboven vermelde personeelscategorieën noemden sommige ziekenhuizen ook: referentiepersoon voor uitdrijvingen; kinesitherapeut; P6; medisch-maatschappelijk werker van ONE; zorgkundige.

Het is echter mogelijk dat het hoogste aantal medewerkers omvat van ziekenhuisafdelingen ("gynaecologie, maatschappelijk werk en psychologie") die betrokken zijn bij het beheer van zwangerschapsafbrekingen, maar geen deel uitmaken van de voorlichtingsdienst.

5.2.2.2 Werking van de dienst

De bereikbaarheid van de diensten wisselt naargelang de openingsuren van de ziekenhuizen, gaande van 7.30 uur tot 18.00 uur. Er zijn vaste uren voorzien voor afspraken, maar soms worden psychosociale of telefonische permanenties verzekerd. Buiten de uren van bereikbaarheid en in geval van problemen is het mogelijk om zich tot het onthaal van gynaecologie of de dienst spoedgevallen te wenden.

Indien het noodzakelijk is, kan een beroep worden gedaan op de "sociale of psychologische" dienst van het ziekenhuis. Ook de dienst "Interculturele bemiddeling" van het ziekenhuis staat ter beschikking om vrouwen van buitenlandse herkomst te helpen die geen van de landstalen spreken.

Het beveiligde elektronisch patiëntendossier bevat de medische, psychologische en sociale anamnese alsook de administratieve gegevens.

Zwangerschapsafbrekingen na twaalf weken sinds de conceptie (14 weken amenorroe) worden om niet-medische redenen in het buitenland uitgevoerd, voornamelijk in Nederland.

5.2.2.3 Aantal raadplegingen van de dienst

In 2022 rapporteerden 19 ziekenhuizen (van de 34) een aantal raadplegingen dat varieerde tussen 3 en 705. In 2023 rapporteerden 24 ziekenhuizen (van de 35) dit aantal, dat varieerde tussen 7 en 1.881.

Het verschil in interpretatie van de registratiecriteria en het opnemen van meerdere afspraken in geval van ambivalentie of moeilijkheden verklaart de discrepantie tussen de twee genoemde waarden en het belang van het tweede getal.

14 ziekenhuizen in 2022 en 9 in 2023 hebben dit aantal raadplegingen niet gerapporteerd. Een van deze ziekenhuizen wijst erop dat het moeilijk is om alle gesprekken op te nemen en dat sommige VZA-aanvragen in de raadplegingen worden opgenomen zonder dat dit specifiek als "VZA-aanvraag" wordt genoteerd.

5.2.2.4 Specifieke methodes van opvang en begeleiding vóór, tijdens en na de zwangerschapsafbreking

Een opvangmedewerker – een maatschappelijk werker of een sociaal verpleegkundige – begeleidt de vrouw vóór, tijdens en na de zwangerschapsafbreking.

A. Voor de zwangerschapsafbreking

Er kan een telefonisch gesprek of een eerste gesprek plaatsvinden met de opvangmedewerker voor een eerste luistersessie en voor het bezorgen van de eerste informatie. Er vindt dan een "VZA-voorgesprek" plaats tussen de opvangmedewerkers en de vrouw, een medisch gesprek tussen de vrouw en de arts en een intervisie tussen de opvangmedewerker en de arts. De vrouw mag vergezeld worden door een persoon van haar keuze (partner, familielid, vriend of maatschappelijk werker), ... tenzij de gynaecoloog anders adviseert.

VZA-voorgesprek

Zwangerschapsafbreking

De wet, methodes, richtlijnen, kostprijs, opvolging en (ab)normale gevolgen worden uitgelegd.

Psychosociaal gesprek om het verzoek te helpen verduidelijken

De sociaaleconomische en administratieve context, het relationele klimaat en de invloed van familiale, culturele en religieuze gebeurtenissen; de visie over seksualiteit, over het gezin en de plaats van de verwekker en het ouderlijk paar wordt besproken ; eventuele crisissituaties worden geïdentificeerd (rouw, adolescentie, trauma's, depressie, ...), en geweld en eventuele verslavingen (drugs, alcoholisme, ...) worden geformuleerd.

Ernstige noodgevallen kunnen aanleiding geven tot psychologische gesprekken met het koppel en/of de familie. Er kan aan de relatie van het koppel worden gewerkt om de band en de communicatie tussen de partners te herstellen, vooral wanneer men het oneens was over de beslissing. Sommige ziekenhuizen werken met centra samen om te voorzien in de psychologische opvang van de verzoeken waarvoor een gespecialiseerde opvolging is vereist.

Alternatieven en informatie

De verschillende opties - het voortzetten van de zwangerschap, het afstaan van het kind voor adoptie, plaatsing in een opvanggezin of in een zuigelingentehuis en de mogelijkheid om naar een moedertehuis te gaan - worden voorgesteld.

Als de zwangerschap wordt voortgezet, wordt informatie verstrekt over huisvestingsrechten en bijstand, financiële hulp (kinderbijslag, geboortepremie), sociale en juridische bijstand; de opvangmedewerker kan bepaalde stappen ondernemen (regularisatie van socialezekerheidsdossiers, contact met het OCMW, zoeken naar een pleeggezin of bemiddeling met de ouders) en de vrouw kan worden doorverwezen naar een zwangerschapscontroledienst, zoals het ONE (Office de la naissance et de l'enfance) of naar andere gespecialiseerde structuren (OCMW, centrum voor gezinsplanning, interne of externe psychologiedienst, enz.)

Informatiebrochures

Er worden brochures verstrekt over de voortzetting van de zwangerschap, het emotionele en seksuele leven, anticonceptie en noodanticonceptie (er zitten ook brochures bij van farmaceutische firma's).

Overhandigde documenten

- de planning van de afspraken;
- de documenten die belangrijke richtlijnen en raadgevingen bevatten, de voorgeschreven en verboden geneesmiddelen en de (ab)normale gevolgen;
- het instemmingsformulier, per methode, dat door de vrouw moet worden ondertekend;
- het verzekeraarsdocument dat door het ziekenfonds moet worden ingevuld en het aanvraagformulier voor tegemoetkoming in de kosten van de revalidatieverstreking en in de bijbehorende verplaatsingskosten, bestemd voor het ziekenfonds.

Zwangerschapsafbreking bij minderjarigen

De praktijk verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis. Sommige vereisen een psychosociaal gesprek en de toestemming van een ouder of wettelijke voogd; andere aanvaarden dat de minderjarige wordt vergezeld door een volwassene van haar keuze om de procedure geheim te houden; weer andere vereisen geen toestemming van de ouders.

Ziekenhuizen die enkel zwangerschapsafbrekingen uitvoeren om medische redenen

In een multidisciplinaire vergadering ontmoet de vrouw een vroedvrouw die bekend is met de procedure en de specifieke opvang, de gynaecoloog, een kinderarts, een psycholoog en een maatschappelijk werker. Tijdens een zwangerschapsafbreking wordt de gynaecoloog door een vroedvrouw bijgestaan; ook de maatschappelijk werker en/of psycholoog zijn aanwezig. Bij een moeilijke beslissing wordt het Ethisch Comité geraadpleegd. De gynaecoloog coördineert de tenlasteneming van de vrouw en er wordt een document ondertekend door iedereen die betrokken is bij de beslissing.

Website

Eén ziekenhuis vermeldt zijn afdeling voor de tenlasteneming van ongewenste zwangerschappen op zijn website.

MEDISCH ONDERHOUD:

Er wordt een anamnese afgenomen en een gynaecologisch en profylactisch onderzoek uitgevoerd (echografie om de zwangerschap te dateren en een buitenbaarmoederlijke zwangerschap uit te sluiten en een bloedafname om de bloedgroep te controleren en om na te gaan of er geen infecties en contra-indicaties zijn).
Gesprek met de anesthesist in geval van algemene verdoving.

Anticonceptie

Analyse van het mislukken van of de weerstand tegen anticonceptie, en vermelden van toekomstige anticonceptie om een nieuwe ongewenste zwangerschap te voorkomen.

INTERVISIE TUSSEN DE ARTS EN DE OPVANGMEDEWERKER

Uitwisseling van informatie voor een optimale tenlasteneming van de vrouw.

B. Tijdens de zwangerschapsafbreking

Methode van zwangerschapsafbreking

De keuze van de methode hangt af van de duur van de zwangerschap, eventuele medische contra-indicaties en de keuze van de vrouw.

Medicamenteuze zwangerschapsafbreking kan worden uitgevoerd tot 7 weken na de conceptie (9 weken amenorroe). Die wordt ter plekke uitgevoerd door een arts, bijgestaan door een vroedvrouw of verpleegkundige voor medisch toezicht (pijnbestrijding en bloedverlies) en in aanwezigheid van de opvangmedewerker, die de vrouw adviseert en geruststelt en haar de kans geeft om te vertellen wat ze heeft meegemaakt. Bij een latere medicamenteuze zwangerschapsafbreking wordt de gynaecoloog ook bijgestaan door een anesthesist. Deze methode bestaat uit twee fasen: het eerste geneesmiddel counteret de effecten van progesteron en verwijdt de baarmoederhals. 48 uur later worden de weeën met een tweede geneesmiddel opgewekt, waarna de uitdrijving van het embryo volgt. Uitdrijving vindt meestal ter plekke plaats, maar kan ook later plaatsvinden als de vrouw naar huis is teruggekeerd.

In navolging van de maatregelen die zijn genomen in het kader van de COVID-19- pandemie, gebruiken steeds meer vrouwen het tweede geneesmiddel thuis.

Opvang op de spoeddienst is 7 dagen op 7 en 24 uur op 24 mogelijk, indien nodig.

Ter plaatse, wordt de uitdrijving begeleid door de vroedvrouw tijdens een dagopname. Ziekenhuizen, die geen recht hebben op een "one day"-forfait, vermijden evenwel het liefst een ziekenhuisopname die geen recht geeft op enige terugbetaling.

Een chirurgische zwangerschapsafbreking (aspiratie) wordt uitgevoerd tot 12 weken zwangerschap sinds de conceptie (14 weken amenorroe) of later in het geval van een ernstige bedreiging van de gezondheid van de vrouw of een ernstige en ongeneeslijke aandoening van het ongeboren kind.

De zwangerschapsafbreking wordt uitgevoerd door de arts, in aanwezigheid van verplegend personeel, onder lokale (baarmoederhals) of volledige verdoving. Hoewel sommige ziekenhuizen alle aspiraties onder volledige verdoving uitvoeren (en vrouwen doorverwijzen die een lokale verdoving wensen), laten veel ziekenhuizen de keuze van de verdoving over aan de vrouw, zelfs als dit afhankelijk is van de duur van de zwangerschap en de medische voorgeschiedenis van de vrouw. De algemene verdoving wordt in aanwezigheid van de anesthesist in het operatiekwartier uitgevoerd. Aspiratie duurt ongeveer 20 minuten en wordt gevolgd door een rustfase, die steeds vaker thuis plaatsvindt.

Aspiraties worden in het kader van een dagopname (one day) uitgevoerd.

Anticonceptie

De toekomstige anticonceptie wordt op punt gesteld.

C. Na de zwangerschapsafbreking

Opvolging

De arts voert een medische controle uit en controleert het gebruik van anticonceptie na 2 weken voor een chirurgische zwangerschapsafbreking en na 3 weken voor een medicamenteuze zwangerschapsafbreking (effectiviteit gecontroleerd door echografie).

Indien nodig heeft de maatschappelijk werker of psycholoog een gesprek met de vrouw, zodat deze laatste kan vertellen wat zij na de zwangerschapsafbreking ervaart. De vrouw kan eventueel worden doorverwezen naar een gespecialiseerde sociale of psychologische dienst.

5.2.2.5 Specifieke gevallen van opvang en begeleiding

Anticonceptie

Verschillende ziekenhuizen betreuren dat een toenemend aantal vrouwen geen anticonceptie gebruikt of de anticonceptie slecht gebruikt, omdat ze niet regelmatig seks hebben, omdat ze denken dat dit beter is voor hun lichaam, omdat ze opnieuw hun toevlucht nemen tot natuurlijke methodes (coïtus interruptus, periodieke onthouding, ...), het berekenen van cycli, het volgen van bepaalde modellen of vooropgezette ideeën of overtuigingen, ..., die allemaal blij geven van een gebrek aan begrip van het biomedische aspect van seksualiteit en voortplanting en van de risico's die gepaard gaan met onbeschermd seks.

Eén ziekenhuis rapporteert een toename van het aantal aanvragen voor tubaire ligaturen bij vrouwen onder de 30 jaar.

Eén ziekenhuis stelt vast dat ook steeds vaker een digitale vruchtbaarheidstoepassing wordt gebruikt.

Een ziekenhuis meldt dat, hoewel steeds meer mannen voor vasectomie kiezen en vasectomie steeds vaker binnen de echtelijke reflectie wordt overwogen, veel vrouwen er de voorkeur aan geven hun anticonceptie zelf te regelen en onder controle te houden.

Specifieke situatie van de vrouw

Een ziekenhuis merkt op dat meer en meer vrouwen al een zwangerschap hebben afgebroken in de instelling.

Dit ziekenhuis merkt op dat steeds meer vrouwen met hun partner komen, wat het risico op druk (toezicht, dreigement om uit elkaar te gaan) verhoogt en het besluitvormingsproces van de vrouw bemoeilijkt.

Een ziekenhuis wijst erop dat steeds meer zwangerschapsafbrekingen worden gerechtvaardigd door de gezondheidscrisis, de economische crisis en/of de oorlog in Oekraïne.

Bijzondere situatie van de partner

Een ziekenhuis wijst erop dat sommige verwekkers hun plaats niet vinden binnen het besluitvormingsproces, zich vergeten voelen en dat als een onrecht ervaren.

Uitvoeren van de zwangerschapsafbreking

Een ziekenhuis benadrukt dat, hoewel ze dit recht ondersteunen, sommige gynaecologen, die met zeer veel aanvragen voor zwangerschapsafbrekingen worden geconfronteerd, zich psychologisch en emotioneel te veel overbelast voelen, omdat de terugkerende praktijk van abortus soms te veel om dragen is.

Eén ziekenhuis zegt dat de zwangerschapsafbrekingen, die na prenatale diagnostiek tijdens multidisciplinaire of obstetrisch-pediatische raadplegingen meestal om medische redenen worden uitgevoerd, via de gynaecologische raadplegingen worden aangevraagd en met de diagnostische staf worden besproken: VZA's worden niet uitgevoerd bij vrouwen die de afdeling gynaecologie poliklinisch bezoeken.

Een ander ziekenhuis zegt dat de VZA-aanvragen in een "planningscircuit" binnen de gynaecologische raadplegingen worden behandeld. Dat circuit omvat één (of meerdere) sociale raadpleging(en) met een maatschappelijk werker en een medische raadpleging met de gynaecoloog. Lokale verdoving wordt niet langer gebruikt voor chirurgische zwangerschapsafbrekingen en deze specifieke aanvragen worden doorgestuurd. Na de VZA kan de medische controle door de gebruikelijke gynaecoloog (buiten de dienst) worden uitgevoerd.

Eén ziekenhuis meldt dat zwangerschapsafbrekingen worden georganiseerd via klinische paden die psychologische en gynaecologische raadplegingen en echografie in de pre-VZA-fase omvatten, gynaecologische raadplegingen en dagkliniek voor curettage of hysteroscopie, en gynaecologische raadplegingen (en op verzoek psychologische raadplegingen) in de post-VZA-fase.

Eén ziekenhuis zegt dat de medicamenteuze VZA's worden uitgevoerd op de kraamafdeling in een eenpersoonskamer, zonder aanrekening van de ziekenhuisopname.

5.2.2.6 Voorstellen ter verbetering van de preventie van ongewenste zwangerschappen

Anticonceptie

Gelet op het grote aantal vrouwen dat geen of onjuiste anticonceptie gebruikt, moeten we de biomedische aspecten van seksualiteit en voortplanting herzien, verkeerde overtuigingen corrigeren, promotiecampagnes ontwikkelen en meer voorlichting en informatie over anticonceptie geven.

Langwerkende anticonceptie aanbevelen.

Zorgpersoneel

De opleiding en informatie van huisartsen en specialisten over anticonceptiemiddelen en hun werking verbeteren, zodat ze duidelijke en uitgebreide informatie aan een breder publiek (effectieve preventie) kunnen geven.

Artsen ontvankelijker maken voor de behoeften van vrouwen; sensibiliseringscampagnes op zorgpersoneel richten, dat niet altijd de uitleg begrijpt van vrouwen die dachten dat een ongewenste zwangerschap hen "niet zou overkomen".

Het personeel bewuster maken van de behoefte aan betere informatie over anticonceptiemiddelen.

Informatie

De voorlichtingscampagnes over het gebruik van verschillende anticonceptiemethodes verbeteren en dan voornamelijk anticonceptie op de lange termijn.

Spots uitzenden op tv, op sociale netwerken en in wachtzalen van ziekenhuizen, waarbij ook officiële informatiebrochures in deze wachtzalen worden geplaatst.

Voorlichting over seksualiteit, seksuele gezondheid en anticonceptie via verschillende media ontwikkelen: scholen, online, buurthuizen, en de nadruk leggen op het informeren van tieners via de scholen.

Vrouwen meer bewust maken van het belang van goede en effectieve anticonceptie, door de tijd te nemen om de verschillende soorten anticonceptie uit te leggen en hoe je mislukkingen kunt voorkomen, door op grote schaal informatie te verspreiden.

Proactief werken via onderwijsprogramma's die op school worden versterkt.

Stoppen met het belachelijk maken van orale anticonceptie door de pers.

6 Besluiten en aanbevelingen

6.1 Besluiten

Zoals in de vorige verslagen voor de jaren 2004-2005, 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011, 2012-2013, 2014-2015, 2016-2017, 2018-2019 en 2020-2021 werd opgemerkt, moeten de aan de Evaluatiecommissie gerapporteerde cijfers van de zwangerschapsafbrekingen voor de jaren 2022-2023 gecorrigeerd worden. Ook in de cijfers van de voorgaande jaren zijn enkele wijzigingen aangebracht ingevolge laattijdig ingediende registratieformulieren.

Indien men van het totaal aantal in België uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen (1) het aantal in het buitenland gedomicilieerde vrouwen die in ons land een zwangerschapsafbreking laten uitvoeren in mindering brengt (2), en men het aantal Belgische vrouwen die in Nederland een zwangerschapsafbreking laten uitvoeren (3), alsook het aantal laattijdig ingediende registratieformulieren (4) toevoegt, dan komt men tot de volgende cijfers:

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
(1)	17.640	18.033	18.595	18.870	19.095	19.578	19.155	19.551	19.107
(2)	-296	-314	-291	-252	-182	-123	-119	-128	-153
(3)**	857	851	830	803	681*	698	611	598	574
(4)	9	226	173	31	93	146	139	55	110
Totaal	18.210	18.796	19.307	19.452	19.687	20.299	19.786	20.076	19.638

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
(1)	19.013	17.878	17.257	18.273	18.027	16.585	16.702	18.574	19.686
(2)	-141	-168	-124	-139	-116	-155	-135	-163	-159
(3)	530	527	472	444	428	330	371	452	417
(4)	110	135	127	16	18	296	225	299	79
Totaal	19.512	18.372	17.732	18.594	18.357	17.056	17.163	19.162	20.023

* Dit aantal is sinds 2010 opvallend lager omdat in Nederland 2 abortusklinieken werden gesloten in 2010.

** Tot en met 2010 omvat dit cijfer zowel de zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd in Nederland bij Belgische vrouwen als deze uitgevoerd bij vrouwen uit het Groothertogdom Luxemburg. Vanaf 2011 staat België in het rapport van het Wafz vermeld als aparte categorie (en omvat het cijfer dus enkel de Belgische vrouwen die in Nederland een zwangerschapsafbreking lieten uitvoeren)²⁷.

Uit cijfers die LUNA opvroeg bij de abortuscentra in Nederland blijkt dat het in 327 van de 417 in 2023 in Nederland uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen bij Belgische vrouwen, ging om zwangerschappen van meer dan 12 weken zwangerschapsduur na conceptie. Bij 74% (242) van deze vrouwen, vond de ingreep plaats tussen 12 tot en met 17 weken zwangerschapsduur na conceptie. 26% (85) van deze vrouwen diende zich aan voor een behandeling na 18 weken zwangerschap na conceptie.²⁸

²⁷ Bron: bijlagen bij de Jaarrapportages door Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nederland. *Rapportage Wet Afbreking Zwangerschap (Wafz)*. Geraadpleegd op 1/02/2025 op <https://www.igi.nl/over-ons/igi-in-cijfers/cijfers-zwangerschapsafbreking>

²⁸ Bron: Luna vzw, deMens.nu. (2024, september 23). Belgische vrouwen gedwongen naar Nederland voor abortus: Nieuwe cijfers en een begeleidend project Compagnon [Persbericht]. Geraadpleegd op 1.02.2025 op: <https://abortus.be/nieuws/nieuwe-cijfers-en-project-compagnon/> en <https://demens.nu/compagnon/>
Verslag ten behoeve van het parlement - 2022-2023

De Evaluatiecommissie herinnert er aan dat de gegevens in dit verslag, evenals deze opgenomen in de vorige verslagen, om verschillende redenen, die wijzigden in de loop der jaren, indicatief zijn.

Immers :

- om redenen die tot nog toe onverklaard blijven, zijn er verschillen qua aantal tussen de individuele aangiften van de artsen en de jaarverslagen van de instellingen waarin deze artsen werkzaam zijn ;
- de Commissie is niet gemachtigd om na te gaan of de gegevens meegedeeld door de artsen en door de instellingen aan een wetenschappelijk vastgestelde werkelijkheid beantwoorden ; zij is zelfs niet gemachtigd om na te gaan of de documenten die haar werden overgemaakt op een correcte wijze werden ingevuld ; zij is evenmin gemachtigd om een instelling of een arts te verplichten een aangifte te doen. Kortom, de Commissie is volledig afhankelijk van de gegevens die haar worden bezorgd.

De Commissie wijst er nogmaals op dat de verschillende bevoegde autoriteiten in het land er belang bij hebben nog meer rekening te houden met de suggesties van de instellingen, zowel centra als klinieken en ziekenhuizen, om het aantal vrijwillige abortussen te verminderen.

Sinds 1992 stelt de Evaluatiecommissie om de twee jaar een verslag op, dat overeenkomstig de wet tot oprichting ervan wordt toegezonden aan het federale parlement, alsook aan de eerste minister en de minister bevoegd voor Volksgezondheid en Sociale Zaken. De bevoegdheid om preventieve maatregelen te nemen "met het oog op de vermindering van het aantal zwangerschapsafbrekingen" is echter grotendeels aan de Gemeenschappen toegekend en veel van de hierboven uiteengezette suggesties illustreren dit. De Commissie is dus zo vrij om, net als in eerdere verslagen, deze ook mee te delen aan de parlementen van de drie Gemeenschappen, namelijk: de Franse Gemeenschap (Federatie Wallonië-Brussel), de Duitstalige Gemeenschap en de Vlaamse Gemeenschap. Na de overdracht van bevoegdheden op het gebied van gezondheid zullen de verslagen ook worden doorgestuurd naar het Parlement van het Waalse Gewest en naar de vergaderingen van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie en de Vlaamse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het verslag zal ook worden doorgestuurd naar het Parlement van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

6.2 Aanbevelingen

6.2.1 Algemene inleiding

In dit document zijn de aanbevelingen opgenomen die de Nationale Evaluatiecommissie belast met de evaluatie van de toepassing van de bepalingen van de wet van 15 oktober 2018 betreffende zwangerschapsafbreking wil formuleren in het kader van haar derde (facultatieve) adviesbevoegdheid. Deze aanbevelingen zijn het resultaat van veel en diepgaande debatten.

Een thematiek als zwangerschapsafbreking genereert vele diverse meningen, maar de Commissie is er in geslaagd haar debatten te voeren met respect voor de soms tegengestelde meningen en altijd met aandacht zowel voor een wetenschappelijke en evidence based aanpak als voor de terreinkennis van de leden van de Commissie.

Ondanks de interne verschillen in visie slaagden de leden van de Evaluatiecommissie er altijd in om naar elkaar te luisteren en hun standpunten uit te wisselen. Dankzij de diverse ervaringen en achtergronden van haar leden, stelt de Commissie u graag een lijst voor met 38 aanbevelingen, dit als resultaat van deze gecombineerde expertise.

Net zoals in de samenleving tekent er zich ook in de wereld van de experts, die op professioneel vlak met zwangerschapsafbreking geconfronteerd worden (als jurist, arts of vanuit de hulpverleningscentra), al snel een consensus af vanuit hun specifieke expertise.

Als onderdeel van ons streven naar een volledig verslag en omdat we de vrijheid van meningsuiting sterk onderschrijven, heeft de Evaluatiecommissie beslist een tekst met een minderheidsstandpunt integraal toe te voegen, zelfs al werd hij aangebracht door slechts één plaatsvervangend lid. Hoewel het een standpunt betreft dat niet gedeeld wordt door de andere leden, vinden we het niet onze taak te beslissen deze niet aan bod te laten komen. Daarom werd haar standpunt in een apart hoofdstuk toegevoegd (hoofdstuk 7 op pagina 123).

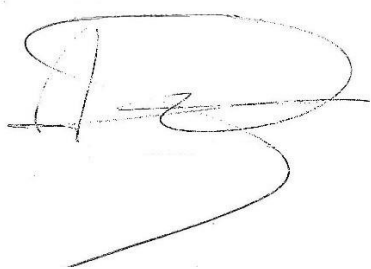
Kortom, dit document geeft een vrij uitgebreid overzicht van alle aspecten waarvan u als wetgever op de hoogte dient te zijn.

Het bevat ook bijgewerkte bibliografische verwijzingen.

Tenslotte wensen wij elk lid van de Evaluatiecommissie oprecht te bedanken voor hun toewijding en inzet als expert, voor het wederzijds respect en voor de immense inhoudelijke inzet, ook al is het nagenoeg vrijwilligerswerk dat interfereert met hun beroepswerkzaamheden.

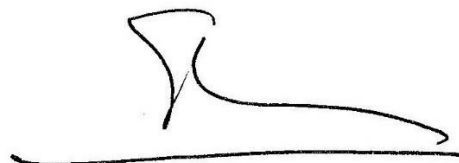
Nederlandstalig covoorzitter

Mario Van Essche



Franstalig covoorzitter

Sylvie Lausberg



6.2.2 Aanbevelingen

I. Preventie – opleiding

- 1) Gelijke en onvoorwaardelijke toegang tot correcte informatie over (het gebruik van) anticonceptie verzekeren voor iedereen, ongeacht de leeftijd, met inbegrip van nood-anticonceptie, lange-termijn-anticonceptie en niet-hormonale anticonceptie. Ook de toegang tot informatie over de risico's van onbeschermd seksueel contact dient verzekerd. Dit door regelmatige voorlichtingscampagnes in verschillende talen, vanuit de overheid en gericht aan het grote publiek.
- 2) Plannen van officiële en regelmatige voorlichtingscampagnes voor het grote publiek, in verschillende talen, over ongeplande/ongewenste zwangerschappen en abortus, gebruik makend van verschillende media (pers, affiches, openbaar vervoer, radio, televisie, internet, nieuwe media, sociale netwerken, ...).
- 3) Een specifieke en regelmatig bijgewerkte overheidswebsite ontwikkelen, beschikbaar op de sociale netwerken, over de toegang tot abortus, met nuttige informatie om vrouwen te helpen de juiste keuze te maken wanneer ze geconfronteerd worden met een ongewenste zwangerschap (wettelijk kader, te volgen procedure, lijst van plaatsen die een luisterend oor bieden of waar abortussen uitgevoerd worden, ...).
In dit kader is de bestaande website zanzu.be een belangrijke bron van informatie. Zanzu.be is een website over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in 14 talen (ook bruikbaar door laaggeletterde personen omdat de informatie ook in gesproken vorm beschikbaar is). Het is een onmisbare website om kwetsbare mensen toegang te geven tot informatie over anticonceptie, ongewenste zwangerschap, seksueel geweld etc. Het is essentieel dat zowel deze kwetsbare groepen als hun begeleiders (Centrum voor Algemeen Welzijnswerk, zorgverleners, ...) deze website kennen. De website wordt beheerd door Sensoa.
- 4) Informatie en Seksuele en Relationele Vorming (RSV) bevorderen op school. Jongeren moeten geïnformeerd worden over (regelmatig geactualiseerde) pedagogische referentiewebsites (bv. monplanningfamilial.be, allesoverseks.be), met als doel hun kennis te verhogen én kritische zin te ontwikkelen.
- 5) Hulpverleners sensibiliseren met betrekking tot de gevolgen van zwangerschap in situaties van intrafamiliaal geweld, teneinde adequate zorg te bieden, met name in het kader van psychologische gesprekken vóór en na de abortus.

II. Anticonceptie en anticonceptiemethoden

De Evaluatiecommissie is opgetogen over de vooruitgang die is geboekt op het gebied van gratis contraceptie tot 25 jaar. De toegang tot anticonceptie, waaronder noodanticonceptie voor jongeren kan echter nog geoptimaliseerd worden.

- 6) Enerzijds de verstrekking van de noodpil uitbreiden tot onderwijsinstellingen via Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB's) en steunpunten voor studenten, die samenwerken met diensten voor gezondheidsbevordering. Anderzijds condoms gratis aanbieden, bijvoorbeeld op school via condomautomaten, of onderzoeken op welke manier dit mogelijk zou zijn via de apotheken.
- 7) Toestaan dat de noodpil zonder voorschrift wordt verstrekt door opgeleid personeel (verpleegkundigen, verloskundigen, ...), alsook door opgeleide medewerkers bij het onthaal van centra voor gezinsplanning en abortuscentra.

- 8) Gratis aanbieden of beter vergoeden door het RIZIV van alle anticonceptiemiddelen, inclusief alle vormen van noodanticonceptie (noodpil en spiraal²⁹) en langwerkende anticonceptie en anticonceptiemethoden voor alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd, ongeacht bij welk ziekenfonds ze zijn aangesloten. Het RIZIV zou op die manier ook beschikken over meer volledige gegevens aangaande het gebruik van anticonceptiemiddelen.
- 9) De toegang tot het spiraal (IUD) als noodanticonceptie verbeteren. Hiertoe dienen in de centrumsteden plaatsen geïdentificeerd te worden die uitgerust zijn om onmiddellijk een spiraal als noodanticonceptie te kunnen plaatsen. Deze plaatsen moeten gekend zijn bij apothekers, huisartsen, de medewerkers van abortuscentra en psychosociale en paramedische hulpverleners.

III. Vrijwillige zwangerschapsafbreking en ziekenhuizen

- 10) De opvang, de begeleiding en de aanpak bij zwangerschapsafbrekingen in ziekenhuizen verbeteren en een specifieke RIZIV-nomenclatuurcode voor abortussen voorzien.
- 11) De aanwezigheid van een multidisciplinair team voor abortuszorg verzekeren en financieren, met inbegrip van een psycholoog/sociaal werker om de psychologische gesprekken voor de abortus (en erna indien nodig).

IV. Vrijwillige zwangerschapsafbrekingen en abortuscentra

- 12) De mogelijkheid tot accreditatie bieden aan huisartsen die abortussen uitvoeren in abortuscentra.

V. Toegang tot vrijwillige zwangerschapsafbreking

- 13) Een gelijke en betaalbare toegang tot abortusgerelateerde zorg garanderen voor iedere zwangere vrouw die in België verblijft, ongeacht de faciliteit waar de procedure wordt uitgevoerd of het statuut van de patiënte. In het bijzonder zijn hier ook de vrouwen inbegrepen die niet gedekt zijn door de sociale zekerheid.
- 14) De toegang tot zwangerschapsafbreking als dringende medische zorg garanderen tijdens epidemische noodsituaties of andere vormen van ernstige crisis.
- 15) Artsen en hulpverleners eraan herinneren dat medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen thuis toegelaten zijn. Tegelijkertijd dient de mogelijkheid behouden om – voor de vrouwen die dat wensen – de tweede fase van de medicamenteuze zwangerschapsafbreking in een abortuscentrum/ziekenhuis te doorlopen.
- 16) In geval een arts weigert zijn medewerking te verlenen aan een zwangerschapsafbreking, dient deze de vrouw bij haar eerste bezoek door te verwijzen naar een andere arts, een centrum voor zwangerschapsafbreking of een ziekenhuisdienst waar ze terecht kan met een nieuw verzoek, zoals voorzien in de wet van 15.10.2018 betreffende de zwangerschapsafbreking en de wet betreffende de kwaliteit van de gezondheidszorgpraktijk van 22.04.2019. De arts die de vrijwillige afbreking weigert uit te voeren, stuurt het medisch dossier door naar de nieuwe arts die de vrouw raadpleegt. Artsen dienen erop gewezen te worden dat dit hun wettelijke verplichting is. De efficiëntie van de doorverwijzingen dient onderzocht te worden.
- 17) Efficiënte samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en abortuscentra aanmoedigen om de toegankelijkheid tot abortus en tot kwaliteitsvolle zorg te bevorderen.

²⁹ Het spiraal (= IUD of intra-uterien hulpmiddel) is een zeer efficiënte noodanticonceptie, maar in België, in tegenstelling tot sommige steden in Engeland, is het weinig toegankelijk. Orale noodanticonceptie is efficiënt voor de ovulatie, maar werkt niet meer eens de ovulatie heeft plaatsgegrepen.

VI. Termijn voor een vrijwillige zwangerschapsafbreking

- 18) De termijn voor het aanvragen van een abortus verlengen zodat elke vrouw haar zwangerschap kan afbreken in een Belgische faciliteit. Op die manier wordt vermeden dat de ongelijkheden in de toegang tot de zorg nog groter worden door de (on)mogelijkheid om naar het buitenland af te reizen.
- 19) De wettelijke wachttijd van 6 dagen tussen de eerste consultatie en de dag van de abortus afschaffen. In de praktijk kan een wachttijd worden afgesproken tussen het medisch-psychosociale team en de vrouw als zij dat nodig acht. De Evaluatiecommissie benadrukt dat de afschaffing van deze wachttijd geenszins betekent dat de zorgverleners aangespoord worden om de abortus uit te voeren op dezelfde dag als de eerste consultatie. Professionals in de sector worden uitgenodigd om, in het belang van de kwaliteit van de zorg, de nodige tijd te voorzien – geval per geval bepaald op maat van de zwangere vrouw – voor onder andere de besluitvorming en voor de voorvoorbereiding van het medisch dossier.

VII. Methoden van vrijwillige zwangerschapsafbreking

- 20) Vrouwen de keuze van de methode voor zwangerschapsafbreking garanderen rekening houdende met de medische guidelines en overeenkomstig de wet op de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002³⁰.
- 21) Chirurgische zwangerschapsafbreking onder lichte sedatie mogelijk maken in abortuscentra en de pijnbestrijding tijdens en na elke zwangerschapsafbreking optimaliseren, ongeacht de gebruikte methode.
- 22) Een onderzoek laten uitvoeren naar de methode die wordt gebruikt om de abortus uit te voeren in relatie tot de zwangerschapsduur, de keuze van de vrouw en de parameters die de uiteindelijke beslissing hebben bepaald.
- 23) De toegang tot mifepriston en misoprostol vergemakkelijken door de distributie-, registratie- en controleprocedures te vereenvoudigen. Dit vereist een wijziging van het koninklijk besluit van 7 mei 2000³¹ en de daaruit voortvloeiende RIZIV-conventies.

VIII. Opleiding in vrijwillige zwangerschapsafbreking

- 24) Een opleidingsmodule over abortus en contraceptie organiseren in alle faculteiten geneeskunde en andere instellingen voor hoger onderwijs die zorgprofessionals opleiden. De training moet de medische, juridische, psychosociale en ethische aspecten van beslissingen gerelateerd aan reproductieve gezondheid behandelen.
- 25) Informatie en opleiding voorzien voor en zorgen voor sensibilisering van eerstelijnsverleners met betrekking tot de toegang tot abortuszorg voor kansarmen.
- 26) Zorg- en opvangpersoneel opleiden om de verschillende vormen van geweld en dwang tegen vrouwen op te sporen en hen bewust maken van het belang van het voeren van individuele gesprekken met hen. Daarnaast moet in het zwangerschapsafbrekingsproces een moment worden ingebouwd waarop de vrouw tijdens een één-op-één gesprek wordt uitgenodigd om haar toestemming voor de zwangerschapsafbreking te bevestigen.

IX. Zwangerschapsafbrekingen om medische redenen

- 27) De rapportage aan de Evaluatiecommissie van zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd om medische redenen, aanmoedigen.

³⁰ 22 AUGUSTUS 2002. - Wet betreffende de rechten van de patiënt (B.S. 26.09.2002)

Link naar geconsolideerde wetgeving: [Justel databank](#)

³¹ 7 MEI 2000. - [Koninklijk besluit tot bepaling van de voorwaarden voor het voorschrijven en de aflevering van de geneesmiddelen die mifepriston, misoprostol of gemeprost bevatten] (B.S. 16.05.2000)

Link naar geconsolideerde wetgeving: [Justel databank](#)

28) In de wet verduidelijken dat het ernstig in gevaar brengen van de ‘gezondheid’ van de zwangere vrouw ook haar geestelijke gezondheid omvat.

29) De toediening van foliumzuur minimaal twee maanden vóór de conceptie verzekeren om foetale afwijkingen te voorkomen.

X. Vertrouwelijkheid van abortushulpverlening

30) De vertrouwelijkheid waarborgen van abortusprocedures en aanverwante zorg voor patiënten die dat wensen.

31) Vrouwen erop wijzen dat zij per geval kunnen beslissen welke zorgverlener toegang heeft tot hun dossier (zorgverzekeringsdossier, digitaal algemeen medisch dossier, ziekenhuisdossier, farmaceutisch dossier) en welke informatie verzonden mag worden naar de huisarts.

32) Ervoor zorgen dat de voorschriften voor specifieke geneesmiddelen of onderzoeksresultaten alleen zichtbaar en toegankelijk zijn voor de arts die ze voorschrijft (bijvoorbeeld de resultaten van hCG-bloedonderzoeken).

XI. Registratie, gegevensverzameling en rol van de Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking

De Evaluatiecommissie is het eens met de aanbevelingen van het academische rapport waarin de abortuswet en -praktijk worden geëvalueerd³², wat betreft haar rol en taken, met name:

33) Het uitbreiden van de missies van de Nationale Evaluatiecommissie voor Zwangerschapsafbreking om deze zo een actieve rol te geven bij de verbetering van de kwaliteit van de verzamelde gegevens voor wetenschappelijke en preventieve doeleinden. Deze missies hebben steeds tot doel bij te dragen tot een beter begrip van de sociale en maatschappelijke context waarin abortussen worden uitgevoerd en tot een verbeterde bijstand aan vrouwen.

34) Een platform of organisatie oprichten dat instaat voor het observeren en formuleren van goede praktijken en professionele richtlijnen met betrekking tot abortus.

35) Zorgverleners bewuster maken van het wetenschappelijke belang van nauwkeurige registratie van zwangerschapsafbrekingen, met name bij zorgverleners die zwangerschapsafbrekingen uitvoeren vanwege ernstige foetale/maternale aandoeningen.

36) De verschillende registratieverplichtingen voor zorgverleners in het kader van zwangerschapsafbreking evalueren, harmoniseren en vereenvoudigen.

37) Het voor zorgverleners mogelijk maken om registratieformulieren in te vullen met behulp van beveiligde, gestandaardiseerde software die beschikbaar is voor alle gezondheidszorgvoorzieningen in het land.

38) De mogelijkheid voorzien om wetenschappelijke analyses uit te voeren of studies door gespecialiseerde instellingen te laten uitvoeren.

³² Bron: Wetenschappelijk Comité ter evaluatie van de abortuswet- en praktijk in België (april 2023). *Studie en evaluatie van de abortuswet- en praktijk in België*.

6.2.3 Slotwoord

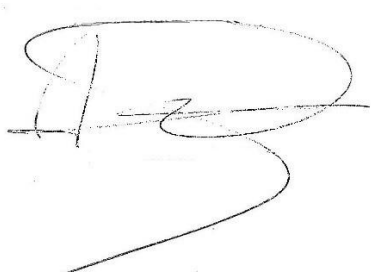
Eerst en vooral wensen wij, beide voorzitters van de Nationale Evaluatiecommissie belast met de evaluatie van de toepassing van de bepalingen van de wet van 15 oktober 2018 betreffende zwangerschapsafbreking, de commissieleden, die sinds juli 2024 zijn aangesteld, te bedanken voor hun inzet en vakkundig werk, dat geleid heeft tot de realisatie van dit statistisch rapport 2022-2023 dat, samen met de bijhorende aanbevelingen, voorgelegd wordt aan de parlementsleden.

Dankzij de expertise van de leden werpen zowel dit tweejaarlijks verslag 2022-2023, als de bijhorende aanbevelingen, een licht op de maatschappelijke uitdagingen omtrent deze materie en de wetgeving.

De Evaluatiecommissie, die zich bewust is van de beperkingen van de huidige wet, stelt voor dat ze in de toekomst niet alleen beroep zou kunnen doen op de deskundige steun van experts, zoals statistici, sociologen en epidemiologen van de FOD Volksgezondheid, maar ook over de mogelijkheid zou kunnen beschikken om diezelfde FOD op te dragen, studies en opdrachten over specifieke onderwerpen te laten uitvoeren zoals vermeld in onze aanbevelingen.

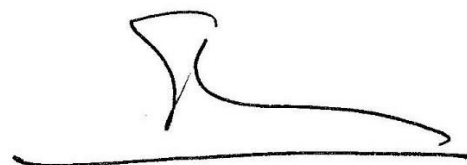
Nederlandstalig covoorzitter

Mario Van Essche

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'M' followed by a horizontal line and a long, sweeping tail that curves downwards and to the right.

Franstalig covoorzitter

Sylvie Lausberg

A handwritten signature in black ink, featuring a prominent, sharp peak at the top, followed by a horizontal line that tapers to the right.

7 Minderheidsstandpunt: niet door de Nationale Evaluatiecommissie ondersteund standpunt van dr. C. Kortmann

Hoewel de andere leden dit standpunt niet delen, geeft de Evaluatiecommissie elk lid de kans om een andere mening te uiten. Het volgende is het minderheidsstandpunt van Dr. Chantal Kortmann, plaatsvervangend lid van de Evaluatiecommissie.

De andere leden van de Evaluatiecommissie steunen dit minderheidsstandpunt niet en zijn het volledig oneens met bepaalde uitspraken in deze tekst.

Zorgwekkende situatie

Uit de nieuwe abortuscijfers blijkt een duidelijke stijging, niet alleen in absolute termen, maar ook in vergelijking met het aantal vruchtbare vrouwen, met andere woorden het abortuscijfer zelf.

Volgens ons verslag stijgt het abortuscijfer in ons land van 5,84 in 1996 naar bijna 9 in 2023. Een toename met 50%.

We zien hiervoor de cijfers die aantonen dat er ten minste 18.574 abortussen werden aangegeven aan de commissie in 2022 en 19.686 abortussen in 2023. Voor 2022 is dit aantal vergelijkbaar met de jaren voor Covid (2018 en 2019), voor 2023 is dit fors toegenomen, met 6% ten opzichte van 2022.

De cijfers van 2020 en 2021 lijken lager te zijn, maar volgens de experts in de commissie op het veld is dit een gevolg van de massale opstart van thuisabortussen, die niet geregistreerd werden en zou het werkelijke cijfer zelfs eerder hoger liggen.

Uit de expertise van de leden van de commissie blijkt daarnaast dat er een duidelijke onderrapportering is van het aantal abortussen in ons land.

Sinds Covid neemt het aandeel van de thuisabortus aan belang toe.

Bij de thuisabortus wordt de medicamenteuze abortus thuis gedaan en niet in het centrum. In Vlaanderen worden deze abortussen volgens Luna geregistreerd. In de Franstalige centra is dit beleid niet homogeen en worden door sommige centra deze thuisabortussen niet geregistreerd, omdat het invullen van het evaluatiedocument via de telefoon nogal omslachtig en niet gewenst lijkt.

Er gebeuren nog steeds abortussen in privépraktijken

Volgens andere experts in de commissie is het nog steeds een gangbare praktijk dat vrouwen naar een privépraktijk gaan omwille van de beter gegarandeerde anonimiteit. Bij deze praktijken betalen de vrouwen zelf voor hun abortus en worden deze abortussen niet geregistreerd. In het Franstalig gedeelte van het land zou dit een praktijk zijn, die regelmatig voorkomt.

Onderrapportering van het aantal abortussen om medische redenen

Nog steeds is er een zware onderrapportering van de zogenaamde abortussen om medische redenen. Dit zijn abortussen die plaatsvinden op kinderen, waarbij een afwijking of een kans op een afwijking werden gevonden en die in principe tot de dag van de geboorte kunnen worden uitgevoerd en in één casus alvast op de leeftijd van 36 weken is uitgevoerd, volgens onze gegevens. Vaak beschouwen de ziekenhuizen deze abortussen om medische redenen niet als abortussen, die aangegeven moeten worden.

We kunnen schattingen en extrapolatie doen op basis van de gegevens van laboratoria, die anatomicopathologisch verslag doen of genetisch onderzoek van het kind dat werd geaborteerd. Zo kunnen we vermoeden dat er minstens 1.000-2.000 abortussen jaarlijks niet worden aangegeven.

Opgemerkt wordt dat er soms een discriminatie is van vrouwen die een vaste gynaecoloog hebben en zo veel gemakkelijker toegang hebben tot een abortus, ook om medische redenen, ook op latere foetale leeftijd. Vrouwen zonder vaste gynaecoloog zouden deze toegang niet of minder gemakkelijk hebben.

Er zijn in het verleden schattingen gemaakt over het werkelijke aantal abortussen. Voordat de conventie met het Riziv was afgesloten, waarin abortus in de centra werd terugbetaald, was er een groot aantal terugbetaalde curettages. Na invoering van de conventie daalde dit cijfer substantieel. De schatting was toen: 35.000 abortussen. Deze cijfers zijn nooit openbaar gemaakt, maar ze zijn wel ter beschikking en op te vragen bij het RIZIV. Onderzoek op die gegevens zou die schatting kunnen bevestigen.

Geboortecijfers: meer dan 1 op 6 zwangerschappen eindigt in abortus

Stijgende abortuscijfers staan tegenover dalende geboortecijfers.

Voor 2022 waren er 113.593 geboortes in ons land. Het aantal abortussen, aangegeven aan de commissie, was 18574. Dit maakt een totaal van 132.167 zwangerschappen. Het aandeel abortussen in dit cijfer is bijgevolg: 14%.

In 2023 waren er nog maar 110.198 geboortes, bij een jaarlijkse bevolkingsgroei door het effect van migratie en gezinshereniging. Het aantal abortussen voor 2023 is 19.686. Dit maakt een totaal van 129.884 zwangerschappen. Het aandeel abortussen in dit cijfer is bijgevolg: 15%.

Voor 2024 zijn er voorlopig zo'n 108 700 geboortes geregistreerd, opnieuw een daling.

Hierbij moet een kanttekening gemaakt worden dat de abortuscommissie slechts over het aantal abortussen weet heeft, dat gemeld wordt met een formulier. Een analyse van de jaarverslagen van ziekenhuizen en centra laat al meteen zien dat zelfs sommige centra die aan ons rapporteren meer abortussen doen dan ze doorgeven.

Alvast eindigt 1 op 6 zwangerschappen in een abortus en dit zou ook 1 op 5 kunnen zijn.

Alarmerend

In het licht van de huidige discussies over de betaalbaarheid van de pensioenen is er een actief gezinsbeleid noodzakelijk door de overheid om het krijgen van kinderen financieel en fiscaal beter te ondersteunen. Het feit dat financiële problemen nog steeds 15% van de abortussen mee bepaalt, betekent dat wij elk jaar ten minste 2.700 kinderen niet geboren laten worden omdat er geen geld is om deze kinderen te laten opgroeien.

Als we kijken naar het aantal geboortes in 2022 (110583) en het geboortecijfer per vrouw van 1,53, dan komen wij jaarlijks ongeveer 35.000 kinderen tekort om onze bevolking op peil te houden en dit cijfer neemt nog toe.

Uit literatuuronderzoek blijkt dat veel gezinnen afzien van een extra kind omwille van financiële redenen. Ook is er een probleem voor de carrièreplanning van, met name, de vrouwelijke werknemers die meerdere zwangerschapsperiodes doormaken.

Dit is een vorm van discriminatie op basis van kinderaantal en maakt een vrije keuze voor kinderaantal moeilijk. Nochtans bewijst het zeer snel dalende geboortecijfer dat het probleem alleen maar groter wordt als er geen actief aanmoedigend beleid wordt gevoerd voor gezinnen.

Er is jobonzekerheid, en toenemende eisen van flexibiliteit. Er is minder en minder solidariteit van alleenstaanden naar gezinnen toe, waarbij er wordt toegespitst op de extra financiële middelen die naar de gezinnen zouden gaan en niet naar hoeveel geld er dan te besteden valt per persoon in zo een gezin. Er is al enkele jaren een afbouw van de financiële ondersteuning van de gezinnen, zoals de aanpassing van de kinderbijslag waardoor een gezin vanaf drie kinderen al veel minder ontvangt dan voor de verandering. Er is de afschaffing van de korting voor de grote gezinnen door de NMBS vanaf 1/01/2025. Er is de afschaffing van het huwelijksquotiënt, waardoor er op geen enkele manier nog een vergoeding bestaat voor het zware werk dat een moeder/vader doet, die dagelijks instaat voor de opvoeding van de kinderen, zonder daarvoor beroep te doen op gesubsidieerde kinderopvang. Er is een totale onderwaardering voor dit werk, aangezien een huismoeder/huisvader ook geen pensioenrechten kan opbouwen en zo tot de bedelstaf veroordeeld wordt wanneer na een leven hard werken in het gezin en een gedeeltelijke carrière op de arbeidsmarkt man of vrouw aan te weinig jaren komt om van een fatsoenlijk pensioen te kunnen genieten.

Abortuspraktijken bij oudere foetussen en pijnbestrijding voor de foetus

De experts gaan er vanuit dat kinderen onder de 25 weken geen pijn voelen en dat er dus geen enkele nood bestaat om kinderen pijnbestrijding te geven tijdens de abortus. Vroeger werd ook aangenomen dat pasgeboren kinderen geen pijn zouden voelen, hiervan is men teruggekomen. Theoretische beschouwingen over aanleg van zenuwbanen die al of geen pijnperceptie zouden moeten geven bij de foetus zijn niet noodzakelijk correct, ook al is er een “consensus” over. Het probleem is dat wanneer we ervan zouden uitgaan dat de kinderen al heel jong wel pijn voelen, dat dit dan zou kunnen leiden tot het minder aanvaardbaar worden van een abortus.

Volgens de hoogleraar gynaecologie in de commissie, gebeurt een abortus op een kind van ouder dan 14 weken door de navelstreng eerst af te binden, waardoor het kind geen zuurstof meer krijgt en stikt.

Vanaf 20 weken doet men eerst het kindje in slaap en daarna wordt de foetus dan gedood.

Volgens de literatuur (Bridget Thill, MD, MS1, “Fetal Pain in the First Trimester”) duidt huidig neurowetenschappelijk bewijs op de mogelijkheid van foetale pijnperceptie tijdens het eerste trimester (<14 weken zwangerschap). Bewijs voor deze conclusie is gebaseerd op de volgende bevindingen: (1) de neurale paden voor pijnperceptie via de corticale subplaat zijn al aanwezig bij 12 weken zwangerschap, en via de thalamus al bij 7-8 weken zwangerschap; (2) de cortex is niet noodzakelijk om pijn te ervaren; (3) bewustzijn wordt gemedieerd door subcorticale structuren, zoals de thalamus en hersenstam, die zich beginnen te ontwikkelen tijdens het eerste trimester; (4) de neurochemicaliën in utero veroorzaken geen foetale bewusteloosheid; en (5) het gebruik van foetale analgesie onderdrukt de hormonale, fysiologische en gedragsmatige reacties op pijn, waardoor de mogelijkheid van zowel korte- als langetermijngevolgen wordt vermeden. Naarmate het medische bewijs is verschoven in het erkennen van de perceptie van foetale pijn voorafgaand aan de levensvatbaarheid, is er een geleidelijke verandering in het debat over foetale pijn geweest, van het betwisten van het bestaan van foetale pijn naar het debatteren over de betekenis van foetale pijn. De aanwezigheid van foetale pijn creëert spanning in de praktijk van de geneeskunde met betrekking tot welbevinden en het niet doen van onnodige pijn.

In de praktijken van intra uteriene operaties is de uitkomst ook beter, wanneer de foetus adequate pijnbehandeling krijgt.

Abortus beter toegankelijk maken versus kindje ter adoptie geven

Er is zeer weinig aandacht voor adoptiemogelijkheden in ons land. Er is nog maar één erkende adoptiedienst (Het adoptiehuis, erkend door Kind en Gezin) voor Vlaanderen, in Wallonië en Brussel gaat het via ONE.

De begeleiding van ongewild zwangere vrouwen bij deze diensten is professioneel en maakt dat vrij veel vrouwen er uiteindelijk zelfs voor kiezen om hun kindje zelf op te voeden.

Het meer bekend maken van deze initiatieven door de overheid en in de media zou het aantal abortussen kunnen verminderen en het aantal kinderen dat geboren mag worden in ons land kunnen verhogen.

Aanbevelingen

Het is alarmerend dat meer dan 1 op 6 zwangerschappen eindigt in abortus en dat het abortuscijfer is toegenomen met 50%.

Er moet meer aandacht komen voor deze problematiek en het klimaat dat sterk gezinsontradend is, moet worden omgebogen naar een gezinsvriendelijk klimaat.

De kinderen van vandaag zijn de volwassenen van morgen, zij zijn de mensen die onze maatschappij draaiende gaan houden. Het is niet verantwoord om steeds minder jonge mensen steeds zwaardere lasten te laten dragen, omdat wij geen politiek hebben gevoerd om meer kinderen te laten geboren worden. We voeren vandaag alleen maar een politiek om steeds minder kinderen te laten geboren worden met sterilisaties, anticonceptiemiddelen en abortus.

Er moet een gezinsaanmoedigend beleid komen

In een aantal landen zijn er wel maatregelen die gezinsvriendelijk zijn en het hebben van een groter gezin aantrekkelijker maken. Zo kan men, bijvoorbeeld in Frankrijk, in sommige sectoren een jaar vroeger met pensioen per kind dat men heeft grootgebracht.

In de Scandinavische landen kun je een jaar betaald verlof krijgen per kind.

Het is inhumaan om een kind een pijnlijke dood te laten sterven

Er moet pijnbestrijding worden voorzien, want het is menselijker om aan te nemen dat het kindje al vanaf zeer jonge leeftijd (< 14 weken) pijn voelt en daarmee rekening te houden.

Begeleiding bij het ter adoptie geven moet meer bekend worden gemaakt

Er is zeer weinig aandacht voor adoptiemogelijkheden in ons land. Er is nog maar één erkende adoptiedienst (Het adoptiehuis, erkend door Kind en Gezin) voor Vlaanderen, in Wallonië en Brussel gaat het via ONE.

Een studie uitvoeren op de cijfers van het RIZIV-INAMI

De aanneme door de centra voordat er een overeenkomst met het Riziv was gesloten was dat er 35.000 abortussen gebeurden via "curetage" terugbetaald. Dit zou onderzocht moeten worden om een juist beeld te krijgen van het werkelijke aantal abortussen dat in ons land wordt uitgevoerd.

Literatuur

1. Gegevens Statbel: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/loop-van-de-bevolking/geboorten#:~:text=Vandaag%20publiceert%20Statbel%20de%20voorlopige,in%20het%20Brussels%20Hoofdstedelijk%20Gewest>

“In 2024 werden voorlopig ongeveer 108.700 geboorten geregistreerd in België. Dat zijn zo’n 5.200 geboorten minder dan gemiddeld in de periode 2020-2023, ofwel een daling met 4,6%. Deze daling wordt waargenomen in alle gewesten: van een stevige daling in het Waalse Gewest (-6,6%) en het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest (-7,7%) tot een matige daling in het Vlaamse Gewest (-2,6%). Dat blijkt uit een eerste, voorlopig overzicht van het aantal geboorten in het jaar 2024 van Statbel, het Belgische statistiekbureau.”

2. Gegevens Statbel: https://www.google.com/search?q=geboortecijfer+belgie&rlz=1C1GCEA_enBE992BE992&og=gebnoortecijfer&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqCQgCEAAyDRiABDiGCAAQRrg5Mg8IARAAGAOYgwEYsQMYgAQyCQgCEAAyDRiABDIJCAMQABgNGIAEMgkIBBAAGA0YgAQyCQgFEAAyDRiABDIJCAyQABgNGIAEMgkIBxAAGA0YgAQyCQgIEAAyDRiABDIJCAkQABgNGIAE0gEINTc2NWOWajeoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8

“Met 113.593 geboorten in 2022 en 110.198 geboorten in 2023 zet de dalende trend van het aantal geboorten in België zich verder met een terugval van 3%. Sinds de piek in 2010 en met uitzondering van een opleving in 2021 – een gedeeltelijk inhaalbeweging voor de geboorten die omwille van de gezondheidscrisis werden uitgesteld – blijft het aantal geboorten dalen tot onder het dieptepunt van 2002 (11.484 geboorten) en bereikt het het laagste niveau sinds 1942.”

3. Samirah H.M. Mohamed; Nadja Reissland; Kanwaljeet J.S. Anand, “An Evidence-Based Discussion of Fetal Pain and Stress”, *Neonatology* (2024) 121 (6): 667–673.

“Summary: Here, we examine the notion that human fetuses cannot “experience” pain and potential implications of this claim. We highlight the key scientific evidence related to fetal pain, including clinical studies on pain in fetuses and preterm newborns. We argue that consistent patterns of stress hormones, metabolic changes, body movements, hemodynamic changes, and pain-related facial expressions in fetuses exposed to invasive procedures overcome the need for subjective proof of pain as articulated in the IASP definition. No study to date has conclusively proven the absence of fetal pain beyond the age of viability.”

“Key Messages: Based on the current evidence, we propose that all fetuses receive anesthesia regardless of the invasive procedures being performed to guarantee the least possible pain and physiological, behavioral, or hormonal responses without exposing the mother or her baby to unnecessary complications.”

4. Bridget Thill, MD, MS1, “Fetal Pain in the First Trimester”, *The Linacre Quarterly* 2022, Vol. 89(1) 73–100

“Fetal pain perception has important implications for fetal surgery, as well as for abortion. Current neuroscientific evidence indicates the possibility of fetal pain perception during the first trimester (<14 weeks gestation). Evidence for this conclusion is based on the following findings: (1) the neural pathways for pain perception via the cortical subplate are present as early as 12 weeks gestation, and via the thalamus as early as 7–8 weeks gestation; (2) the cortex is not necessary for pain to be experienced; (3) consciousness is mediated by subcortical structures, such as the thalamus and brainstem, which begin to develop during the first trimester; (4) the neurochemicals in utero do not cause fetal unconsciousness; and (5) the use of fetal analgesia suppresses the hormonal, physiologic, and behavioral responses to pain, avoiding the potential for both short- and long-term sequelae. As the medical evidence has shifted in acknowledging fetal pain

perception prior to viability, there has been a gradual change in the fetal pain debate, from disputing the existence of fetal pain to debating the significance of fetal pain. The presence of fetal pain creates tension in the practice of medicine with respect to beneficence and nonmaleficence”

Websites:

- <https://adoptiehuis.be/>
- <https://www.one.be/public/1-3-ans/adoption/le-service-one-adoption/>
- https://www.researchgate.net/figure/Reasons-for-not-having-had-as-many-children-as-desired-at-age-20-in-percent-People_fig7_26506627

8 Extra bijlagen bij de gekruiste tabellen

8.1 Aangehaalde redenen

A. Redenen en burgerlijke staat

2022 redenen	alleenstaande	gehuwd	gescheiden	weduwe	wettelijk samenwonend
persoonlijke redenen	8.671 (54,6%)	3.033 (65,2%)	524 (48,7%)	21 (48,8%)	2.215 (63,6%)
relationele of familiale problemen	3.304 (20,8%)	342 (7,4%)	355 (33,%)	10 (23,3%)	348 (10%)
financiële of materiële redenen	2.497 (15,7%)	348 (7,5%)	68 (6,3%)	3 (7%)	432 (12,4%)
redenen omwille van geweldpleging of dwang	184 (1,2%)	29 (,6%)	13 (1,2%)		7 (0,2%)
redenen omwille van ideologische of filosofische overtuigingen	78 (0,5%)	6 (0,1%)	9 (0,8%)		5 (0,1%)
redenen wegens gezondheid	495 (3,1%)	684 (14,7%)	43 (4,%)	3 (7,%)	399 (11,4%)
precaire administratieve situatie	120 (0,8%)	38 (0,8%)	15 (1,4%)	2 (4,7%)	12 (0,3%)
andere redenen ³³	546 (3,4%)	171 (3,7%)	48 (4,5%)	4 (9,3%)	67 (1,9%)
Totaal	15.895 (100%)	4.651 (100%)	1.075 (100%)	43 (100%)	3.485 (100%)

2023 redenen	alleenstaande	gehuwd	gescheiden	weduwe	wettelijk samenwonend
persoonlijke redenen	9.778 (57,%)	3.302 (69,1%)	466 (52,3%)	32 (58,2%)	2.309 (63,7%)
relationele of familiale problemen	3.379 (19,7%)	343 (7,2%)	284 (31,9%)	15 (27,3%)	331 (9,1%)
financiële of materiële redenen	2.539 (14,8%)	311 (6,5%)	51 (5,7%)	2 (3,6%)	410 (11,3%)
redenen omwille van geweldpleging of dwang	206 (1,2%)	28 (,6%)	14 (1,6%)	2 (3,6%)	14 (0,4%)
redenen omwille van ideologische of filosofische overtuigingen	69 (0,4%)	4 (0,1%)	8 (0,9%)		11 (0,3%)
redenen wegens gezondheid	614 (3,6%)	630 (13,2%)	32 (3,6%)	1 (1,8%)	484 (13,4%)
precaire administratieve situatie	139 (0,8%)	30 (0,6%)	5 (0,6%)	3 (5,5%)	3 (0,1%)
andere redenen ³³	423 (2,5%)	133 (2,8%)	31 (3,5%)		61 (1,7%)
Totaal	17.147 (100%)	4.781 (100%)	891 (100%)	55 (100%)	3.623 (100%)

B. Redenen en aantal kinderen ter wereld gebracht

2022 Redenen	0	1	2	3	4	5	meer dan 5
persoonlijke redenen	6.510 (54,6%)	2.596 (50,9%)	3.161 (64,6%)	1.355 (67,8%)	186 (67,9%)	554 (68,8%)	102 (70,3%)
relationele of familiale problemen	2.189 (18,4%)	1.066 (20,9%)	733 (15%)	257 (12,9%)	27 (9,9%)	79 (9,8%)	8 (5,5%)
financiële of materiële redenen	2.073 (17,4%)	602 (11,8%)	425 (8,7%)	150 (7,5%)	20 (7,3%)	66 (8,2%)	12 (8,3%)
redenen omwille van geweldpleging of dwang	119 (1%)	59 (1,2%)	28 (0,6%)	17 (0,9%)	2 (0,7%)	7 (0,9%)	1 (0,7%)
redenen omwille van ideologische of filosofische overtuigingen	78 (0,7%)	10 (0,2%)	6 (0,1%)	1 (0,1%)		3 (0,4%)	
redenen wegens gezondheid	520 (4,4%)	514 (10,1%)	344 (7%)	132 (6,6%)	30 (10,9%)	68 (8,4%)	16 (11%)
precaire administratieve situatie	75 (0,6%)	51 (1%)	35 (0,7%)	15 (0,8%)	2 (0,7%)	8 (1%)	1 (0,7%)
andere redenen ³³	365 (3,1%)	204 (4%)	162 (3,3%)	73 (3,7%)	7 (2,6%)	20 (2,5%)	5 (3,4%)
Totaal	11.929 (100%)	5.102 (100%)	4.894 (100%)	2.000 (100%)	274 (100%)	805 (100%)	145 (100%)

³³ Toelichting met betrekking tot de 'andere' aangehaalde redenen: zie 3.3.1.1 "Andere" genoemde redenen vanaf p. 74.

2023 redenen	0	1	2	3	4	5	meer dan 5
persoonlijke redenen	7.397 (57,6%)	2.841 (52,8%)	3.287 (66,4%)	1.506 (70,1%)	561 (74,5%)	205 (69,3%)	90 (73,2%)
relationele of familiale problemen	2.198 (17,1%)	1.106 (20,5%)	679 (13,7%)	249 (11,6%)	64 (8,5%)	40 (13,5%)	16 (13%)
financiële of materiële redenen	2.105 (16,4%)	593 (11,%)	413 (8,3%)	140 (6,5%)	46 (6,1%)	12 (4,1%)	4 (3,3%)
redenen omwille van geweldpleging of dwang	130 (1%)	58 (1,1%)	50 (1%)	16 (0,7%)	6 (0,8%)	1 (0,3%)	3 (2,4%)
redenen omwille van ideologische of filosofische overtuigingen	76 (0,6%)	7 (0,1%)	8 (0,2%)			1 (0,3%)	
redenen wegens gezondheid	590 (4,6%)	581 (10,8%)	351 (7,1%)	155 (7,2%)	52 (6,9%)	25 (8,4%)	7 (5,7%)
precaire administratieve situatie	66 (0,5%)	55 (1%)	37 (0,7%)	16 (0,7%)	4 (0,5%)	1 (0,3%)	1 (0,8%)
andere redenen ³³	277 (2,2%)	144 (2,7%)	129 (2,6%)	65 (3%)	20 (2,7%)	11 (3,7%)	2 (1,6%)
Totaal	12.839 (100%)	5.385 (100%)	4.954 (100%)	2.147 (100%)	753 (100%)	296 (100%)	123 (100%)

C. Redenen en aantal kinderen binnen het gezin³⁴

2022 – redenen	0	1	2	3	4	5	meer dan 5
persoonlijke redenen	6.665 (54,4%)	2.413 (50,2%)	3.020 (64,7%)	1.399 (67,6%)	222 (68,5%)	619 (71,1%)	126 (72,8%)
relationele of familiale problemen	2.264 (18,5%)	1.003 (20,9%)	697 (14,9%)	267 (12,9%)	38 (11,7%)	81 (9,3%)	9 (5,2%)
financiële of materiële redenen	2.108 (17,2%)	585 (12,2%)	390 (8,4%)	159 (7,7%)	22 (6,8%)	66 (7,6%)	18 (10,4%)
redenen omwille van geweldpleging of dwang	119 (1%)	56 (1,2%)	32 (0,7%)	17 (0,8%)	2 (0,6%)	7 (0,8%)	
redenen omwille van ideologische of filosofische overtuigingen	80 (0,7%)	8 (0,2%)	4 (0,1%)	3 (0,1%)		3 (0,3%)	
redenen wegens gezondheid	558 (4,6%)	481 (10%)	335 (7,2%)	135 (6,5%)	32 (9,9%)	69 (7,9%)	14 (8,1%)
precaire administratieve situatie	86 (0,7%)	52 (1,1%)	31 (0,7%)	14 (0,7%)	1 (0,3%)	3 (0,3%)	
andere redenen ³³	364 (3%)	204 (4,2%)	156 (3,3%)	77 (3,7%)	7 (2,2%)	22 (2,5%)	6 (3,5%)
Totaal	12.244 (100%)	4.802 (100%)	4.665 (100%)	2.071 (100%)	324 (100%)	870 (100%)	173 (100%)

2023 – redenen	0	1	2	3	4	5	meer dan 5
persoonlijke redenen	7.552 (57%)	2.652 (53,1%)	3.181 (66,8%)	1.509 (69,8%)	627 (75,2%)	236 (73,1%)	130 (74,3%)
relationele of familiale problemen	2.334 (17,6%)	1.004 (20,1%)	629 (13,2%)	254 (11,8%)	74 (8,9%)	32 (9,9%)	25 (14,3%)
financiële of materiële redenen	2.143 (16,2%)	550 (11%)	402 (8,4%)	139 (6,4%)	57 (6,8%)	17 (5,3%)	5 (2,9%)
redenen omwille van geweldpleging of dwang	139 (1%)	53 (1,1%)	46 (1%)	17 (0,8%)	4 (0,5%)	1 (0,3%)	4 (2,3%)
redenen omwille van ideologische of filosofische overtuigingen	76 (0,6%)	6 (0,1%)	8 (0,2%)	2 (0,1%)			
redenen wegens gezondheid	624 (4,7%)	551 (11%)	342 (7,2%)	163 (7,5%)	49 (5,9%)	25 (7,7%)	7 (4%)
precaire administratieve situatie	94 (0,7%)	43 (0,9%)	30 (0,6%)	9 (0,4%)	3 (0,4%)		1 (0,6%)
andere redenen ³³	279 (2,1%)	139 (2,8%)	127 (2,7%)	68 (3,1%)	20 (2,4%)	12 (3,7%)	3 (1,7%)
Totaal	13.241 (100%)	4.998 (100%)	4.765 (100%)	2.161 (100%)	834 (100%)	323 (100%)	175 (100%)

³⁴ Onder het “aantal kinderen binnen het gezin” moet worden verstaan: het aantal kinderen waarvoor de vrouw zorg draagt.

8.2 Voorbehoedsmiddelen

A. Geen voorbehoedsmiddel gebruikt in de maand van conceptie en burgerlijke staat

2022 geen voorbehoedsmiddel in de maand van conceptie gebruikt want:	alleenstaande	gehuwd	gescheiden	weduwe	wettelijk samenwonend
zwangerschap niet gewenst	4.995 (92,8%)	1.445 (80,2%)	355 (92,2%)	14 (87,5%)	866 (80,1%)
zwangerschap wel gewenst	259 (4,8%)	292 (16,2%)	19 (4,9%)	2 (12,5%)	166 (15,4%)
veronderstelde onvruchtbaarheid	95 (1,8%)	52 (2,9%)	9 (2,3%)		44 (4,1%)
man weigerde anticonceptie	16 (0,3%)	3 (0,2%)	2 (0,5%)		2 (0,2%)
andere verklaring ³⁵	15 (0,3%)	9 (0,5%)			3 (0,3%)
Totaal	5.380 (100%)	1.801 (100%)	385 (100%)	16 (100%)	1.081 (100%)

2023 geen voorbehoedsmiddel in de maand van conceptie gebruikt want:	alleenstaande	gehuwd	gescheiden	weduwe	wettelijk samenwonend
zwangerschap niet gewenst	5.147 (92,3%)	1.484 (82,5%)	298 (91,7%)	24 (100%)	888 (79,2%)
zwangerschap wel gewenst	261 (4,7%)	255 (14,2%)	14 (4,3%)		177 (15,8%)
veronderstelde onvruchtbaarheid	108 (1,9%)	45 (2,5%)	8 (2,5%)		46 (4,1%)
man weigerde anticonceptie	30 (0,5%)	3 (0,2%)	1 (0,3%)		3 (0,3%)
andere verklaring ³⁵	28 (0,5%)	11 (0,6%)	4 (1,2%)		7 (0,6%)
Totaal	5.574 (100%)	1.798 (100%)	325 (100%)	24 (100%)	1.121 (100%)

B. Wel voorbehoedsmiddel(en) gebruikt en burgerlijke staat

2022 voorbehoedsmiddel, namelijk:	alleenstaande	gehuwd	gescheiden	weduwe	wettelijk samenwonend
coïtus interruptus	346 (5,2%)	148 (7,3%)	39 (9,6%)		84 (4,7%)
periodieke onthouding	687 (10,4%)	316 (15,5%)	75 (18,5%)	1 (5,6%)	232 (13,1%)
spermicide middelen	5 (0,1%)	2 (0,1%)			3 (0,2%)
pessarium	20 (0,3%)	5 (0,2%)	1 (0,2%)		4 (0,2%)
condoom	1.851 (27,9%)	597 (29,3%)	81 (20%)	8 (44,4%)	490 (27,7%)
orale pil	2.439 (36,8%)	615 (30,2%)	125 (30,9%)	7 (38,9%)	645 (36,5%)
Prikipil	48 (0,7%)	12 (0,6%)	3 (0,7%)		14 (0,8%)
Koperspiraal	128 (1,9%)	46 (2,3%)	5 (1,2%)		34 (1,9%)
Hormoonspiraal	26 (0,4%)	16 (0,8%)	4 (1%)		10 (0,6%)
sterilisatie man	15 (0,2%)	23 (1,1%)	2 (0,5%)		11 (0,6%)
sterilisatie vrouw	2 (0%)	7 (0,3%)	1 (0,2%)		1 (0,1%)
Noodpil	499 (7,5%)	73 (3,6%)	43 (10,6%)	2 (11,1%)	66 (3,7%)
Implant	21 (0,3%)	6 (0,3%)	2 (0,5%)		2 (0,1%)
patch	78 (1,2%)	32 (1,6%)	5 (1,2%)		19 (1,1%)
vaginale ring	147 (2,2%)	33 (1,6%)	3 (0,7%)		36 (2%)
N.F.P.: symptothermale methode	121 (1,8%)	38 (1,9%)	5 (1,2%)		45 (2,5%)
elektronische of digitale applicatie	180 (2,7%)	53 (2,6%)	6 (1,5%)		56 (3,2%)
andere anticonceptiva ³⁶	10 (0,2%)	15 (0,7%)	5 (1,2%)		17 (1%)
Totaal	6.623 (100%)	2.037 (100%)	405 (100%)	18 (100%)	1.769 (100%)

³⁵ Toelichting met betrekking tot de 'andere' verklaringen: zie 3.3.1.4 "Andere" verklaringen van de vrouwen die geen voorbehoedsmiddelen gebruikten in de maand van conceptie op p. 78.

³⁶ Toelichting met betrekking tot de 'andere' anticonceptiva: zie 3.3.1.5 "Andere" anticonceptiemethode op p. 79.

2023 voorbehoedsmiddel, namelijk:	alleenstaande	gehuwd	gescheiden	weduwe	wettelijk samenwonend
coïtus interruptus	432 (5,8%)	197 (8,6%)	24 (6,4%)		105 (5,5%)
periodieke onthouding	779 (10,4%)	324 (14,2%)	55 (14,7%)	2 (10,5%)	257 (13,5%)
spermicide middelen	2 (0%)	6 (0,3%)			
pessarium	19 (0,3%)	3 (0,1%)			4 (0,2%)
condoom	2.199 (29,5%)	665 (29,2%)	108 (28,8%)	4 (21,1%)	582 (30,6%)
orale pil	2.475 (33,2%)	634 (27,8%)	102 (27,2%)	8 (42,1%)	574 (30,2%)
prikpil	56 (0,8%)	10 (0,4%)	4 (1,1%)		6 (0,3%)
koperspiraal	119 (1,6%)	55 (2,4%)	2 (0,5%)	1 (5,3%)	29 (1,5%)
hormoonspiraal	40 (0,5%)	25 (1,1%)	1 (0,3%)		13 (0,7%)
sterilisatie man	11 (0,1%)	23 (1%)			19 (1%)
sterilisatie vrouw	4 (0,1%)	4 (0,2%)			1 (0,1%)
noodpil	569 (7,6%)	110 (4,8%)	43 (11,5%)	1 (5,3%)	67 (3,5%)
implant	23 (0,3%)	4 (0,2%)	1 (0,3%)		3 (0,2%)
patch	123 (1,6%)	40 (1,8%)	5 (1,3%)	1 (5,3%)	31 (1,6%)
vaginale ring	179 (2,4%)	46 (2%)	10 (2,7%)		48 (2,5%)
N.F.P.: symptothermale methode	131 (1,8%)	34 (1,5%)	5 (1,3%)		54 (2,8%)
elektronische of digitale applicatie	259 (3,5%)	77 (3,4%)	15 (4%)	1 (5,3%)	87 (4,6%)
andere anticonceptiva ³⁶	40 (0,5%)	23 (1%)		1 (5,3%)	21 (1,1%)
Totaal	7.460 (100%)	2.280 (100%)	375 (100%)	19 (100%)	1.901 (100%)

C. Geen voorbehoedsmiddel gebruikt in de maand van conceptie en aantal kinderen ter wereld gebracht

2022 geen voorbehoeds- middel gebruikt in de maand van conceptie want:	0	1	2	3	4	5	meer dan 5
zwangerschap niet gewenst	3.500 (89,5%)	1.556 (82,6%)	1.508 (90%)	674 (93%)	277 (95,8%)	95 (88,8%)	65 (91,5%)
zwangerschap wel gewenst	304 (7,8%)	273 (14,5%)	103 (6,1%)	36 (5%)	8 (2,8%)	9 (8,4%)	5 (7%)
veronderstelde onvruchtbaarheid	88 (2,2%)	40 (2,1%)	56 (3,3%)	14 (1,9%)	2 (0,7%)		
man weigerde anticonceptie	9 (0,2%)	9 (0,5%)	2 (0,1%)	1 (0,1%)	1 (0,3%)	1 (0,9%)	
andere verklaring ³⁵	11 (0,3%)	6 (0,3%)	6 (0,4%)		1 (0,3%)	2 (1,9%)	1 (1,4%)
Totaal	3.912 (100%)	1.884 (100%)	1.675 (100%)	725 (100%)	289 (100%)	178 (100%)	71 (100%)

2023 geen voorbehoeds- middel gebruikt in de maand van conceptie want:	0	1	2	3	4	5	meer dan 5
zwangerschap niet gewenst	3.551 (89,4%)	1.619 (82,8%)	1.539 (90,3%)	694 (92,8%)	277 (95,2%)	107 (95,5%)	54 (93,1%)
zwangerschap wel gewenst	296 (7,5%)	274 (14%)	97 (5,7%)	28 (3,7%)	8 (2,7%)	1 (0,9%)	3 (5,2%)
veronderstelde onvruchtbaarheid	91 (2,3%)	48 (2,5%)	48 (2,8%)	16 (2,1%)	3 (1%)	1 (0,9%)	
man weigerde anticonceptie	19 (0,5%)	6 (0,3%)	5 (0,3%)	4 (0,5%)	1 (0,3%)	1 (0,9%)	1 (1,7%)
andere verklaring ³⁵	16 (0,4%)	8 (0,4%)	16 (0,9%)	6 (0,8%)	2 (0,7%)	2 (1,8%)	
Totaal	3.973 (100%)	1.955 (100%)	1.705 (100%)	748 (100%)	291 (100%)	112 (100%)	58 (100%)

D. Wel voorbehoedsmiddel(en) gebruikt en aantal kinderen ter wereld gebracht

2022 voorbehoedsmiddel:	0	1	2	3	4	5	meer dan 5
coïtus interruptus	279 (5,4%)	113 (5,5%)	143 (6,4%)	45 (5%)	25 (6,9%)	12 (9,9%)	
periodieke onthouding	568 (11,1%)	240 (11,7%)	298 (13,3%)	133 (14,8%)	51 (14%)	14 (11,6%)	7 (18,4%)
spermicide middelen	3 (0,1%)	4 (0,2%)	1 (0%)	2 (0,2%)			
pessarium	11 (0,2%)	7 (0,3%)	9 (0,4%)	3 (0,3%)			
condoom	1.630 (31,7%)	468 (22,8%)	619 (27,6%)	204 (22,6%)	72 (19,8%)	27 (22,3%)	7 (18,4%)
orale pil	1.661 (32,3%)	854 (41,6%)	771 (34,4%)	329 (36,5%)	147 (40,5%)	50 (41,3%)	19 (50%)
prikipil	19 (0,4%)	14 (0,7%)	22 (1%)	14 (1,6%)	6 (1,7%)		2 (5,3%)
koperspiraal	113 (2,2%)	36 (1,8%)	39 (1,7%)	16 (1,8%)	8 (2,2%)	1 (0,8%)	
hormoonspiraal	19 (0,4%)	8 (0,4%)	15 (0,7%)	10 (1,1%)	3 (0,8%)	1 (0,8%)	
sterilisatie man	8 (0,2%)	8 (0,4%)	23 (1%)	10 (1,1%)	1 (0,3%)	1 (0,8%)	
sterilisatie vrouw	1 (0%)	1 (0%)	3 (0,1%)	3 (0,3%)	1 (0,3%)	2 (1,7%)	
noodpil	369 (7,2%)	138 (6,7%)	102 (4,6%)	56 (6,2%)	13 (3,6%)	4 (3,3%)	1 (2,6%)
implant	8 (0,2%)	7 (0,3%)	10 (0,4%)	2 (0,2%)	3 (0,8%)		1 (2,6%)
patch	38 (0,7%)	27 (1,3%)	31 (1,4%)	21 (2,3%)	12 (3,3%)	4 (3,3%)	1 (2,6%)
vaginale ring	113 (2,2%)	45 (2,2%)	39 (1,7%)	15 (1,7%)	7 (1,9%)		
N.F.P.: symptothermale methode	114 (2,2%)	34 (1,7%)	41 (1,8%)	15 (1,7%)	4 (1,1%)	1 (0,8%)	
elektronische of digitale applicatie	172 (3,3%)	37 (1,8%)	59 (2,6%)	15 (1,7%)	9 (2,5%)	3 (2,5%)	
andere anticonceptiva ³⁶	10 (0,2%)	13 (0,6%)	14 (0,6%)	8 (0,9%)	1 (0,3%)	1 (0,8%)	
Totaal	5.136 (100%)	2.054 (100%)	2.239 (100%)	901 (100%)	363 (100%)	121 (100%)	38 (100%)

2023 voorbehoedsmiddel:	0	1	2	3	4	5	meer dan 5
coïtus interruptus	330 (5,6%)	145 (6,5%)	162 (6,8%)	76 (7,6%)	35 (10,3%)	8 (5,9%)	2 (4,5%)
periodieke onthouding	657 (11,1%)	269 (12%)	313 (13,2%)	125 (12,4%)	37 (10,9%)	12 (8,8%)	4 (9,1%)
spermicide middelen	3 (0,1%)	3 (0,1%)	1 (0%)	1 (0,1%)			
pessarium	15 (0,3%)	3 (0,1%)	6 (0,3%)	1 (0,1%)		1 (0,7%)	
condoom	1.968 (33,4%)	584 (26,1%)	665 (28%)	238 (23,7%)	74 (21,8%)	25 (18,4%)	4 (9,1%)
orale pil	1.719 (29,1%)	778 (34,8%)	734 (30,9%)	350 (34,8%)	134 (39,4%)	55 (40,4%)	23 (52,3%)
prikipil	22 (0,4%)	17 (0,8%)	15 (0,6%)	15 (1,5%)	4 (1,2%)	2 (1,5%)	1 (2,3%)
koperspiraal	103 (1,7%)	30 (1,3%)	37 (1,6%)	21 (2,1%)	12 (3,5%)	1 (0,7%)	2 (4,5%)
hormoonspiraal	30 (0,5%)	14 (0,6%)	18 (0,8%)	12 (1,2%)	2 (0,6%)	2 (1,5%)	1 (2,3%)
sterilisatie man	10 (0,2%)	5 (0,2%)	30 (1,3%)	7 (0,7%)	1 (0,3%)		
sterilisatie vrouw	4 (0,1%)	1 (0%)	1 (0%)	2 (0,2%)	1 (0,3%)		
noodpil	417 (7,1%)	154 (6,9%)	124 (5,2%)	64 (6,4%)	16 (4,7%)	12 (8,8%)	3 (6,8%)
implant	17 (0,3%)	3 (0,1%)	6 (0,3%)	3 (0,3%)	2 (0,6%)		
patch	69 (1,2%)	44 (2%)	44 (1,9%)	21 (2,1%)	11 (3,2%)	8 (5,9%)	3 (6,8%)
vaginale ring	134 (2,3%)	56 (2,5%)	62 (2,6%)	25 (2,5%)	4 (1,2%)	2 (1,5%)	
N.F.P.: symptothermale methode	129 (2,2%)	36 (1,6%)	42 (1,8%)	12 (1,2%)	2 (0,6%)	3 (2,2%)	
elektronische of digitale applicatie	239 (4,1%)	78 (3,5%)	90 (3,8%)	24 (2,4%)	4 (1,2%)	3 (2,2%)	1 (2,3%)
andere anticonceptiva ³⁶	33 (0,6%)	16 (0,7%)	24 (1%)	9 (0,9%)	1 (0,3%)	2 (1,5%)	
Totaal	5.899 (100%)	2.236 (100%)	2.374 (100%)	1.006 (100%)	340 (100%)	136 (100%)	44 (100%)

E. Geen voorbehoedsmiddel gebruikt in de maand van conceptie en aantal kinderen in het gezin

2023 geen voorbehoeds- middel gebruikt in de maand van conceptie want:	0	1	2	3	4	5	meer dan 5
zwangerschap niet gewenst	3.635 (89,5%)	1.458 (82,1%)	1.439 (89,9%)	684 (93,3%)	287 (95,3%)	103 (89,6%)	69 (89,6%)
zwangerschap wel gewenst	317 (7,8%)	262 (14,8%)	104 (6,5%)	35 (4,8%)	6 (2%)	9 (7,8%)	5 (6,5%)
veronderstelde onvruchtbaarheid	87 (2,1%)	43 (2,4%)	49 (3,1%)	14 (1,9%)	6 (2%)		1 (1,3%)
man weigerde anticonceptie	10 (0,2%)	8 (0,5%)	2 (0,1%)		1 (0,3%)	1 (0,9%)	1 (1,3%)
andere verklaring ³⁵	12 (0,3%)	5 (0,3%)	6 (0,4%)		1 (0,3%)	2 (1,7%)	1 (1,3%)
Totaal	4.061 (100%)	1.776 (100%)	1.600 (100%)	733 (100%)	301 (100%)	115 (100%)	77 (100%)

2023 geen voorbehoeds- middel gebruikt in de maand van conceptie want:	0	1	2	3	4	5	meer dan 5
zwangerschap niet gewenst	3.719 (89,5%)	1.507 (82,3%)	1.464 (90,5%)	689 (92,5%)	282 (93,4%)	109 (94%)	71 (94,7%)
zwangerschap wel gewenst	308 (7,4%)	263 (14,4%)	90 (5,6%)	28 (3,8%)	12 (4%)	3 (2,6%)	3 (4%)
veronderstelde onvruchtbaarheid	92 (2,2%)	46 (2,5%)	46 (2,8%)	17 (2,3%)	4 (1,3%)	2 (1,7%)	
man weigerde anticonceptie	18 (0,4%)	7 (0,4%)	4 (0,2%)	5 (0,7%)	1 (0,3%)	1 (0,9%)	1 (1,3%)
andere verklaring ³⁵	19 (0,5%)	7 (0,4%)	14 (0,9%)	6 (0,8%)	3 (1%)	1 (0,9%)	
Totaal	4.156 (100%)	1.830 (100%)	1.618 (100%)	745 (100%)	302 (100%)	116 (100%)	75 (100%)

F. Wel voorbehoedsmiddel(en) gebruikt en aantal kinderen in het gezin

2022 voorbehoedsmiddel:	0	1	2	3	4	5	meer dan 5
coïtus interruptus	283 (5,4%)	105 (5,5%)	139 (6,5%)	51 (5,4%)	25 (6,1%)	13 (8,4%)	1 (1,8%)
periodieke onthouding	574 (11%)	220 (11,4%)	292 (13,6%)	138 (14,5%)	66 (16,1%)	15 (9,7%)	6 (10,9%)
spermicide middelen	3 (0,1%)	3 (0,2%)	2 (0,1%)	2 (0,2%)			
pessarium	11 (0,2%)	6 (0,3%)	10 (0,5%)	3 (0,3%)			
condoom	1.653 (31,8%)	442 (23%)	594 (27,7%)	216 (22,7%)	80 (19,5%)	31 (20%)	11 (20%)
orale pil	1.678 (32,2%)	796 (41,4%)	737 (34,3%)	348 (36,5%)	176 (42,8%)	68 (43,9%)	28 (50,9%)
prikpil	22 (0,4%)	12 (0,6%)	21 (1%)	14 (1,5%)	5 (1,2%)	1 (0,6%)	2 (3,6%)
koperspiraal	115 (2,2%)	34 (1,8%)	37 (1,7%)	18 (1,9%)	7 (1,7%)	1 (0,6%)	1 (1,8%)
hormoonspiraal	18 (0,3%)	7 (0,4%)	16 (0,7%)	10 (1%)	4 (1%)	1 (0,6%)	
sterilisatie man	8 (0,2%)	8 (0,4%)	23 (1,1%)	8 (0,8%)	1 (0,2%)	2 (1,3%)	1 (1,8%)
sterilisatie vrouw	1 (0%)	1 (0,1%)	3 (0,1%)	3 (0,3%)	1 (0,2%)	2 (1,3%)	
noodpil	373 (7,2%)	140 (7,3%)	93 (4,3%)	57 (6%)	13 (3,2%)	6 (3,9%)	1 (1,8%)
implant	8 (0,2%)	6 (0,3%)	9 (0,4%)	4 (0,4%)	2 (0,5%)	1 (0,6%)	1 (1,8%)
patch	41 (0,8%)	25 (1,3%)	27 (1,3%)	23 (2,4%)	11 (2,7%)	5 (3,2%)	2 (3,6%)
vaginale ring	113 (2,2%)	43 (2,2%)	37 (1,7%)	15 (1,6%)	7 (1,7%)	3 (1,9%)	1 (1,8%)
N.F.P.: symptothermale methode	118 (2,3%)	28 (1,5%)	42 (2%)	17 (1,8%)	3 (0,7%)	1 (0,6%)	
elektronische of digitale applicatie	176 (3,4%)	38 (2%)	51 (2,4%)	17 (1,8%)	9 (2,2%)	4 (2,6%)	
andere anticonceptiva ³⁶	11 (0,2%)	11 (0,6%)	14 (0,7%)	9 (0,9%)	1 (0,2%)	1 (0,6%)	
Totaal	5.206 (100%)	1.925 (100%)	2.147 (100%)	953 (100%)	411 (100%)	155 (100%)	55 (100%)

2023 voorbehoedsmiddel:	0	1	2	3	4	5	meer dan 5
coïtus interruptus	330 (5,5%)	138 (6,6%)	165 (7,1%)	79 (7,7%)	33 (8,3%)	9 (5,6%)	4 (5,6%)
periodieke onthouding	670 (11,2%)	253 (12,1%)	298 (12,8%)	129 (12,6%)	43 (10,8%)	17 (10,6%)	7 (9,9%)
spermicide middelen	3 (0,1%)	3 (0,1%)	1 (0%)	1 (0,1%)			
pessarium	17 (0,3%)	1 (0%)	6 (0,3%)	1 (0,1%)			1 (1,4%)
condoom	1.979 (33,1%)	550 (26,4%)	649 (28%)	249 (24,3%)	90 (22,7%)	34 (21,1%)	7 (9,9%)
orale pil	1.744 (29,2%)	723 (34,7%)	722 (31,1%)	351 (34,3%)	156 (39,3%)	61 (37,9%)	36 (50,7%)
prikpil	27 (0,5%)	16 (0,8%)	13 (0,6%)	14 (1,4%)	3 (0,8%)	2 (1,2%)	1 (1,4%)
koperspiraal	106 (1,8%)	28 (1,3%)	36 (1,6%)	19 (1,9%)	12 (3%)	1 (0,6%)	4 (5,6%)
hormoonspiraal	32 (0,5%)	12 (0,6%)	18 (0,8%)	11 (1,1%)	4 (1%)	1 (0,6%)	1 (1,4%)
sterilisatie man	9 (0,2%)	5 (0,2%)	27 (1,2%)	7 (0,7%)	3 (0,8%)	2 (1,2%)	
sterilisatie vrouw	3 (0,1%)	2 (0,1%)	1 (0%)	2 (0,2%)	1 (0,3%)		
noodpil	434 (7,3%)	139 (6,7%)	123 (5,3%)	60 (5,9%)	17 (4,3%)	13 (8,1%)	4 (5,6%)
implant	18 (0,3%)	3 (0,1%)	4 (0,2%)	5 (0,5%)	1 (0,3%)		
patch	72 (1,2%)	41 (2%)	42 (1,8%)	19 (1,9%)	12 (3%)	9 (5,6%)	5 (7%)
vaginale ring	133 (2,2%)	53 (2,5%)	59 (2,5%)	27 (2,6%)	7 (1,8%)	4 (2,5%)	
N.F.P.: symptothermale methode	128 (2,1%)	35 (1,7%)	41 (1,8%)	12 (1,2%)	4 (1%)	4 (2,5%)	
elektronische of digitale applicatie	238 (4%)	67 (3,2%)	92 (4%)	29 (2,8%)	10 (2,5%)	2 (1,2%)	1 (1,4%)
andere anticonceptiva ³⁶	34 (0,6%)	15 (0,7%)	24 (1%)	9 (0,9%)	1 (0,3%)	2 (1,2%)	
Totaal	5.977 (100%)	2.084 (100%)	2.321 (100%)	1.024 (100%)	397 (100%)	161 (100%)	71 (100%)

8.3 Methode van zwangerschapsafbreking

A. Methode van zwangerschapsafbreking en verdoving

methode	2022			2023		
	medicamen- teuze methode	chirurgische ingreep	andere methode	medicamen- teuze methode	chirurgische ingreep	andere methode
geen	7.034 (94,8%)	223 (2%)	2 (50%)	8.313 (96,3%)	185 (1,7%)	6 (40%)
lokale anesthesie	117 (1,6%)	9.548 (85,6%)		89 (1%)	9.621 (87,1%)	2 (13,3%)
loco-regionaal	251 (3,4%)	36 (0,3%)	2 (50%)	208 (2,4%)	28 (0,3%)	3 (20%)
volledige anesthesie	12 (0,2%)	1.345 (12,1%)		8 (0,1%)	1.209 (10,9%)	4 (26,7%)
andere	3 (0,04%)	1 (0,01%)		10 (0,1%)		
Totaal	7.417 (100%)	11.153 (100%)	4 (100%)	8.628 (100%)	11.043 (100%)	15 (100%)

B. Methode van zwangerschapsafbreking en opnameduur

methode	2022			2023		
	medicamen- teuze methode	chirurgische ingreep	andere methode	medicamen- teuze methode	chirurgische ingreep	andere methode
ambulant	6.940 (93,6%)	9.915 (88,9%)	2 (50%)	8.110 (94%)	9.993 (90,5%)	7 (46,7%)
24 uur of minder	287 (3,9%)	1.222 (11%)		346 (4%)	1.040 (9,4%)	5 (33,3%)
meer dan 24 uur	190 (2,6%)	16 (0,1%)	2 (50%)	172 (2%)	10 (0,1%)	3 (20%)
Totaal	7.417 (100%)	11.153 (100%)	4 (100%)	8.628 (100%)	11.043 (100%)	15 (100%)

8.4 Opnameduur

A. Opnameduur en verdoving

2022	verdoving	geen	lokale anesthesie	loco-regionaal	volledige anesthesie	andere
opnameduur						
ambulant		7.059 (97,2%)	9.535 (98,7%)	36 (12,5%)	226 (16,7%)	1 (25%)
24 uur of minder		169 (2,3%)	121 (1,3%)	97 (33,6%)	1.120 (82,5%)	2 (50%)
meer dan 24 uur		31 (0,4%)	9 (0,1%)	156 (54%)	11 (0,8%)	1 (25%)
Totaal		7.259 (100%)	9.665 (100%)	289 (100%)	1.357 (100%)	4 (100%)

2023	verdoving	geen	lokale anesthesie	loco-regionaal	volledige anesthesie	andere
opnameduur						
ambulant		8.218 (96,6%)	9.580 (98,6%)	29 (12,1%)	283 (23,2%)	
24 uur of minder		262 (3,1%)	121 (1,2%)	72 (30,1%)	929 (76,1%)	7 (70%)
meer dan 24 uur		24 (0,3%)	11 (0,1%)	138 (57,7%)	9 (0,7%)	3 (30%)
Totaal		8.504 (100%)	9.712 (100%)	239 (100%)	1.221 (100%)	10 (100%)

B. Opnameduur en verwikkelingen

2022	verwikkelingen	geen	bloedverlies	perforatie	cervixscheur	andere
opnameduur						
ambulant		16.646 (91,3%)	63 (40,4%)	2 (66,7%)	1 (20%)	145 (78%)
24 uur of minder		1.400 (7,7%)	81 (51,9%)		4 (80%)	24 (12,9%)
meer dan 24 uur		178 (1%)	12 (7,7%)	1 (33,3%)		17 (9,1%)
Totaal		18.224 (100%)	156 (100%)	3 (100%)	5 (100%)	186 (100%)

2023	verwikkelingen	geen	bloedverlies	perforatie	cervixscheur	andere
opnameduur						
ambulant		17.932 (92,5%)	64 (41,3%)	3 (60%)		111 (75%)
24 uur of minder		1.281 (6,6%)	80 (51,6%)	1 (20%)	1 (100%)	28 (18,9%)
meer dan 24 uur		164 (0,8%)	11 (7,1%)	1 (20%)		9 (6,1%)
Totaal		19.377 (100%)	155 (100%)	5 (100%)	1 (100%)	148 (100%)

8.5 Ziekenhuis of centrum

A. Ziekenhuis of centrum en verwickelingen

verwickelingen	2022			2023		
	centrum	ziekenhuis	totaal	centrum	ziekenhuis	totaal
geen	15.618 (98,9%)	2.606 (93,9%)	18.224 (98,1%)	16.536 (99%)	2.841 (95,2%)	19.377 (98,4%)
bloedverlies	117 (0,7%)	39 (1,4%)	156 (0,8%)	116 (0,7%)	39 (1,3%)	155 (0,8%)
perforatie	2 (0,01%)	1 (0,03%)	3 (0,02%)	4 (0,02%)	1 (0,03%)	5 (0,03%)
cervixscheur	4 (0,02%)	1 (0,03%)	5 (0,03%)	1 (0,01%)		1 (0,01%)
andere ³⁷	58 (0,4%)	128 (4,6%)	186 (1%)	45 (0,3%)	103 (3,5%)	148 (0,8%)
Totaal	15.799 (100%)	2.775 (100%)	18.574 (100%)	16.702 (100%)	2.984 (100%)	19.686 (100%)

B. Ziekenhuis of centrum en opnameduur

opnameduur	2022			2023		
	centrum	ziekenhuis	totaal	centrum	ziekenhuis	totaal
ambulant	15.073 (95,4%)	1.784 (64,3%)	16.857 (90,8%)	16.098 (96,4%)	2.012 (67,4%)	18.110 (92%)
24 uur of minder	717 (4,5%)	792 (28,5%)	1.509 (8,1%)	601 (3,6%)	790 (26,5%)	1.391 (7,1%)
meer dan 24 uur	9 (0,1%)	199 (7,2%)	208 (1,1%)	3 (0%)	182 (6,1%)	185 (0,9%)
Totaal	15.799 (100%)	2.775 (100%)	18.574 (100%)	16.702 (100%)	2.984 (100%)	19.686 (100%)

C. Ziekenhuis of centrum en methode van zwangerschapsafbreking

methode	2022			2023		
	centrum	ziekenhuis	totaal	centrum	ziekenhuis	totaal
medicamenteuze methode	5.555 (35,2%)	1.862 (67,1%)	7.417 (39,9%)	6.521 (39%)	2.094 (70,2%)	8.615 (43,8%)
chirurgische ingreep	10.242 (64,8%)	911 (32,8%)	11.153 (60%)	10.169 (60,9%)	870 (29,2%)	11.039 (56,1%)
andere methode	2 (0,01%)	2 (0,1%)	4 (0,02%)	12 (0,1%)	20 (0,7%)	32 (0,2%)
Totaal	15.799 (100%)	2.775 (100%)	18.574 (100%)	16.702 (100%)	2.984 (100%)	19.686 (100%)

D. Ziekenhuis of centrum en verdoving

verdoving	2022			2023		
	centrum	ziekenhuis	totaal	centrum	ziekenhuis	totaal
Geen	5.659 (35,8%)	1.600 (57,7%)	7.259 (39,1%)	6.630 (39,7%)	1.874 (62,8%)	8.504 (43,2%)
lokale anesthesie	9.477 (60%)	188 (6,8%)	9.665 (52%)	9.500 (56,9%)	212 (7,1%)	9.712 (49,3%)
loco-regionaal	26 (0,2%)	263 (9,5%)	289 (1,6%)	23 (0,1%)	216 (7,2%)	239 (1,2%)
volledige anesthesie	637 (4%)	720 (25,9%)	1.357 (7,3%)	549 (3,3%)	672 (22,5%)	1.221 (6,2%)
andere*		4 (0,1%)	4 (0,02%)		10 (0,3%)	10 (0,1%)
Totaal	15.799 (100%)	2.775 (100%)	18.574 (100%)	16.702 (100%)	2.984 (100%)	19.686 (100%)

* De andere anesthesiemethoden zijn: 2 keer 'pijnpomp/PCEA', 1 keer 'verdoving' en 1 keer 'toedienen van pijnstillers (analgetica)' in 2022 en 10 keer "pijnpomp/PCEA" in 2023.

³⁷ Toelichting met betrekking tot de 'andere' verwickelingen: zie 3.3.1.8 "Andere" onmiddellijke medische verwickelingen op p. 81.

9 Samenstelling van de nationale evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking en haar administratief kader

9.1 Samenstelling van de nationale evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking (K.B. 3 maart 2024)

EFFECTIEVE LEDEN

1° in de hoedanigheid van docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar in geneeskunde aan een Belgische universiteit of arts:

<i>Prof. Dr. Hendrik CAMMU</i> <i>Dr. Alain CORNET</i> <i>Prof. Dr. Jan LAMOTE</i> <i>Dr. Anne VEROUGSTRAETE</i>	<i>Prof. Dr. Anne DELBAERE</i> <i>Prof. Dr. Patrick EMONTS</i> <i>Dr. Yannick MANIGART</i> <i>Dr. Dominique ROYNET</i>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2° in de hoedanigheid van docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit of advocaat:

Mr. Mario VAN ESSCHE Covoorzitter <i>Mr. Myriam VAN VARENBERGH</i>	<i>Prof. Diane BERNARD</i> <i>Prof. Anne LAGERWALL</i>
----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

3° Als leden afkomstig uit middens die belast zijn met het onthaal en de begeleiding van vrouwen in noodtoestand:

<i>Mevr. Silke BRANTS</i> <i>Mevr. Carine VRANCKEN</i>	<i>Dhr. Frédéric BRICHAU</i> Mevr. Sylvie LAUSBERG Covoorzitter
-----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

PLAATSVERVANGENDE LEDEN

1° in de hoedanigheid van docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar in geneeskunde aan een Belgische universiteit of arts:

<i>Dr. Mary-Louise BONDUELLE</i> <i>Dr. Toenga DEVOS*</i> <i>Dr. Chantal KORTMANN</i> <i>Dr. Leen VERLEYE**</i>	<i>Dr. Michel BOSSENS</i> <i>Prof. Dr. Isabelle SALMON</i> <i>Prof. Dr. Marco SCHETGEN</i> <i>Prof. Dr. Christine VERELLEN-DUMOULIN</i>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(*) *Dr. Toenga De Vos nam op 8.11.2024 ontslag. Op 21.01.2025 werd een “Tweede oproep tot kandidaten voor een mandaat van Nederlandstalig mannelijk plaatsvervangend lid van de Nationale Evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking voor de categorie ‘geneesheer’ ” gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.*

(**) *Dr. Jacques Germeaux nam ontslag vóór de afronding van het Koninklijk Besluit van 03.03.2024 en is vervangen door dr. Leen Verleye bij Koninklijk Besluit van 25.12.24 tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 03.03.2024, op 30.12.2024 gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.*

2° in de hoedanigheid van docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit of advocaat:

<i>Prof. Liesbet STEVENS</i> <i>Prof. Philip TRAEEST</i>	<i>Mr. Sophie BERGER</i> <i>Mr. Thibault SWENNEN</i>
-------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

3° Als leden afkomstig uit middens die belast zijn met het onthaal en de begeleiding van vrouwen in noodtoestand:

<i>Dhr. Michiel BEEK</i> <i>Mevr. Sarah HULSMANS</i>	<i>Mevr. Dorothée DEPOORTERE</i> <i>Mevr. Perrine RESSELER</i>
---------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

9.2 Samenstelling van het administratief kader van de Nationale evaluatiecommissie

<i>Mevr. Sarah DE LOOR (Secretaris) (N)</i> <i>Mevr. Evelyne COPPENS (N)</i> <i>Mevr. Caroline VINDEVOGHEL (N)</i>	<i>Mevr. Valérie DE NEF (Secretaris) (F)</i> <i>Mevr. Karine DELATTE (F)</i> <i>Mevr. Claire GODIN (F)</i>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10 Relevante wetgeving

10.1 Zwangerschapsafbreking

10.1.1 Wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking

3 APRIL 1990 - Wet betreffende de zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikelen 348, 350, 351 en 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van hetzelfde Wetboek (B.S. 05-04-1990)

Link naar de wetgeving: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/1990/04/03/1990021090/justel;pp's 6379-6381>

10.1.2 Artikel 349 in het Strafwetboek

Art. 349. Wanneer de vruchtafdrijving wordt veroorzaakt door geweld, opzettelijk gepleegd, maar zonder het oogmerk om afdrijving te verwekken, wordt de schuldige gestraft met gevangenisstraf van drie maanden tot twee jaar en met geldboete van zesentwintig frank tot driehonderd frank.

Wordt het geweld gepleegd met voorbedachten rade of met kennis van de toestand van de vrouw, dan is de gevangenisstraf zes maanden tot drie jaar en de geldboete vijftig frank tot vijfhonderd frank.

10.1.3 Wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen

15 OKTOBER 2018. - Wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen (B.S. 29-10-2018)

Link naar de geconsolideerde wetgeving: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2018/10/15/2018014460/justel>

10.2 Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking

10.2.1 Wet van 13 augustus 1990 betreffende de oprichting van de Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking

13 AUGUSTUS 1990. - Wet houdende oprichting van een commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikelen 348, 350, 351 en 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van hetzelfde Wetboek (B.S. 20-10-1990)

Link naar geconsolideerde wetgeving: <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/1990/08/13/1990922447/staatsblad>

Deze wet werd gewijzigd bij:

- Wet van 19-06-2023 gepubliceerd op 06-09-2023
- Wet van 15-10-2018 gepubliceerd op 29-10-2018
- Wet van 16-06-2016 gepubliceerd op 30-06-2016
- Wet van 06-01-2014 gepubliceerd op 31-01-2014
- Wet van 27-03-2006 gepubliceerd op 11-04-2006

10.2.2 K.B. houdende benoeming van de leden van de Nationale Evaluatiecommissie

3 MAART 2024. - Koninklijk besluit houdende benoeming van de leden van de Nationale Evaluatiecommissie belast met de evaluatie van de toepassing van de bepalingen van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de zwangerschapsafbreking (B.S. 29-03-2024)

Link naar niet-geconsolideerde wetgeving:

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/1990/08/13/1990922447/staatsblad>

Dit K.B. werd gewijzigd bij:

- 25 DECEMBER 2024. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 maart 2024 houdende benoeming van de leden van de Nationale Evaluatiecommissie belast met de evaluatie van de toepassing van de bepalingen van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de zwangerschapsafbreking (B.S. 30-12-2024)

Link naar niet-geconsolideerde wetgeving: [Belgisch Staatsblad](#)

11 Verklarende woordenlijst en nuttige begrippen

abortuscentrum	Abortuscentra bieden psychosociale begeleiding en medische behandeling als je ongewenst of ongepland zwanger bent.
abortuscijfer	Het abortuscijfer is – volgens de internationale definitie – het aantal zwangerschapsafbrekingen per 1000 vrouwen van 15 tot en met 44 jaar. Het abortuscijfer relateert zo het aantal zwangerschapsafbrekingen aan het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd.
amenorroe	Amenorroe betekent ‘niet ongesteld worden’. De wettelijke termijn van 12 weken zwangerschap na conceptie stemt overeen met 14 weken zwangerschap amenorroe (14 weken vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie). De artsen registreren altijd een zwangerschapsduur in weken amenorroe gecorrigeerd door echografie, zoals vermeld op het registratieformulier zwangerschapsafbreking.
AViQ	Agence wallonne pour une vie de qualité (vertaald: Waals Agentschap voor Levenskwaliteit)
centre de planning	De ‘centres de planning’ hebben expertise in zaken die te maken hebben met het emotionele, relationele en seksuele leven: anticonceptie, gewenste of ongewenste zwangerschap, preventie en opsporing van soa's, moeilijkheden in het omgaan met seksualiteit, relaties tussen koppels, ouders en kinderen en vriendschapsrelaties, ..., maar ook alle zaken die te maken hebben met het opbouwen van een leven met respect voor jezelf en anderen. In deze centra werken onder andere maatschappelijk werkers, psychologen, huwelijksadviseurs, artsen, advocaten en seksuologen. Sommige ‘centres de planning’ bieden ook abortuszorg aan.
CPAS (OCMW)	centre public d'action sociale
COVID-19	COVID-19-pandemie (coronavirus – SARS-CoV2)
EVRAS	l'Education à la Vie Relationnelle, Affective & Sexuelle (vertaald: relationele, emotionele en seksuele opvoeding)
FARA	een vzw die luistert, informeert en begeleidt bij zwangerschapskeuzes
FCPF	fédération des centres de planning (vertaald: Federatie van de centra voor gezinsplanning)
FEDASIL	federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers
GACEHPA	groupe d'action des centres extrahospitaliers pratiquant l'avortement (vertaald: Actiegroep van abortuscentra buiten het ziekenhuis)
INAMI (RIZIV)	institut national d'assurance maladie-invalidité
IUD	IUD (intra-uterien hulpmiddel) is een voorbehoedsmiddel dat geplaatst wordt in de baarmoeder. Er bestaan 2 soorten: het koperspiraal en het hormoonspiraal.
IVG (VZA)	interruption volontaire de grossesse
Kind en Gezin	Kind en Gezin maakt deel uit van het agentschap Opgroeien (orgaan van de Vlaamse gemeenschap) en is het aanspreekpunt voor alle (aanstaande) ouders en jonge kinderen die in Vlaanderen en Brussel opgroeien.
LAT	Living Apart Together
OCMW (CPAS)	openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn
ONE	Office de la naissance et de l'enfance (referentieorgaan in de Franse Gemeenschap voor alles wat te maken heeft met o.a. het beleid ten aanzien van kinderen en (toekomstige) ouders)
PCEA-pomp	patiënt gecontroleerde epidurale analgesie (pijnbestrijdingspomp)
RIZIV (INAMI)	rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
VZA (IVG)	vrijwillige zwangerschapsafbreking
Wafz	“Wet afbreking zwangerschap” in Nederland

12 Dankwoord aan de instellingen

De Evaluatiecommissie bedankt alle ziekenhuizen en centra die registratiedocumenten zwangerschapsafbreking hebben overgemaakt aan het secretariaat in 2022 en/of 2023. Deze ingevulde documenten zijn onontbeerlijk voor het opstellen van dit tweejaarlijks verslag.

Nederlandstalige centra

- *Brussels Hoofdstedelijk Gewest:*

VUB Dilemma te Brussel.

- *West-Vlaanderen:*

Luna-abortuscentrum Oostende.

- *Oost-Vlaanderen:*

Luna-abortuscentrum Gent, Centrum Durmelaan te Lokeren.

- *Antwerpen:*

Luna-abortuscentrum Antwerpen, Labyrint (Ziekenhuis aan de Stroom) te Antwerpen

- *Limburg:*

Luna-abortuscentrum Hasselt.

- *Vlaams-Brabant:*

[Geen centra]

Franstalige centra

- *Brussels Hoofdstedelijk Gewest:*

Aimer à l'ULB (Solbosch - Erasme), Aimer jeunes, Centre Séverine, Collectif contraception - Santé des femmes, City planning Saint-Pierre, Planning Marolles, Planning Saint-Josse (La famille heureuse), Centre de planning familial la famille heureuse Saint-Gilles, Centre de planning familial de Watermael-Boitsfort, Centre de planning familial de Woluwé-Saint-Pierre, Plan F, Centre de planning familial et de sexologie d'Ixelles, Free Clinic, Centre de planning familial et de consultations d'Uccle.

- *Henegouwen:*

Le terriL, Collectif contraception Charleroi, Centre de planning familial SORALIA de Charleroi, La famille heureuse (ASBL Claire Houtain), Centre de planning familial SORALIA de Tournai Aurore Carlier, Centre de planning familial SORALIA de La Louvière, Centre de planning familial SORALIA de Courcelles, Centre de planning familial SORALIA de Mons borinage.

- *Luik:*

Collectif contraception Liège, Centre Louise Michel, Centre de planning familial SORALIA de Verviers, Collectif contraception Seraing.

- *Luxemburg:*

Centre de planning familial SORALIA d'Arlon.

- *Namen:*

Planning familial de Rochefort, Centre SORALIA Willy Peers, Centre de planning familial de Namur.

- *Waals-Brabant :*

Centre de planning familial SORALIA Rosa Guilmot, Aimer à Louvain-La-Neuve.

13 Bibliografie

A. Wetgeving en beleidsdocumenten

- Besluit van 25 mei 2023 (B.S. 4 augustus 2023) van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie tot vaststelling van de normen die de ziekenhuizen moeten naleven
Link naar geconsolideerde wetgeving:
<https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/2023/05/25/2023042680/justel>
- 12 MEI 2014. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 december 1996 betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven (B.S. 10-07-2014)
Link naar niet-geconsolideerde wetgeving:
<https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/2014/05/12/2014011388/justel>
- 16 SEPTEMBER 2013. - Koninklijk besluit ter vaststelling van een specifieke tegemoetkoming in de kostprijs van contraceptiva voor [rechthebbenden], jonger dan [25 jaar] [, en voor [rechthebbenden] met recht op een verhoogde tegemoetkoming] (B.S. 20-09-2013)
Link naar geconsolideerde wetgeving:
<https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/2013/09/16/2013022482/justel#list-link-1>
- 22 AUGUSTUS 2002. - Wet betreffende de rechten van de patiënt (B.S. 26.09.2002)
Link naar geconsolideerde wetgeving: [Justel databank](#)
- 7 MEI 2000. - [Koninklijk besluit tot bepaling van de voorwaarden voor het voorschrijven en de aflevering van de geneesmiddelen die mifepriston, misoprostol of gemeprost bevatten] (B.S. 16.05.2000)
Link naar geconsolideerde wetgeving: [Justel databank](#)
- Fédération Wallonie-Bruxelles (juli 2024). *Déclaration de politique communautaire 2024-2029*.
https://www.federation-wallonie-bruxelles.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=42b50671ba347bb8079d509f45c14ebb0bfbb947&file=fileadmin/sites/portail/uploads/PDF/DPC2024-2029.pdf

B. Wetenschappelijke rapporten op vraag van de overheid

- Wetenschappelijk Comité ter evaluatie van de abortuswet- en praktijk in België (april 2023). *Studie en evaluatie van de abortuswet- en praktijk in België*.

C. Analyses

Teksten in het Nederlands

- Luna vzw, deMens.nu. (2024, september 23). *Belgische vrouwen gedwongen naar Nederland voor abortus: Nieuwe cijfers en een begeleidend project Compagnon* [Persbericht]. Geraadpleegd op 1.02.2025 op: <https://abortus.be/nieuws/nieuwe-cijfers-en-project-compagnon/> en <https://demens.nu/compagnon/>
- Dokters van de wereld België (juni 2022). *Intentienota – Toegang tot vrijwillige zwangerschapsafbreking (VZA) en dringende medische hulp (DMH) voor vrouwen zonder toegang tot zorg in België.* https://doktersvandewereld.be/system/files/publications/downloads/Dossier_IVG_NL_DEF_WEB.pdf
- Dokters van de wereld België (juni 2022). *Synthese van de intentienota – Toegang tot vrijwillige zwangerschapsafbreking (VZA) en dringende medische hulp (DMH) voor vrouwen zonder toegang tot zorg in België.* https://doktersvandewereld.be/system/files/publications/downloads/Nota%20DMH%20en%20abortus%20-%20%20synthese%20juni%202022%20DvW_0.pdf
- Agentschap zorg en gezondheid (februari 2019). *Eindrapport symposium seksuele gezondheid.* <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/Eindrapport%20Symposium%20Seksuele%20Gezondheid.pdf>
- Brants S. & Vermeire K. (2020). *Tienerzwangerschappen in België 2010-2017.* <https://abortus.be/wp-content/uploads/2022/04/tienerzwangerschappen-onderzoek-2010-2017.pdf>

Teksten in het Frans

- L'assurance maladie (2025, februari 25). *L'efficacité des moyens contraceptifs.* Geraadpleegd op 1.03.2025 op <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
- Inserm (2024). *Premiers résultats de la grande enquête nationale « Contexte des sexualités en France 2023 ».* [Premiers résultats de la grande enquête nationale « Contexte des sexualités en France 2023 » - Salle de presse de l'Inserm](https://www.inserm.fr/actualites/premiers-resultats-de-la-grande-enquete-nationale-contexte-des-sexualites-en-france-2023)
- Woelfle, G. (2023, septembre 7). Guide pour l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) : les critiques sont-elles fondées ? *Rtbf actus.* Geraadpleegd op 1.02.2025 op: <https://www.rtbf.be/article/guide-pour-l-education-a-la-vie-relationnelle-affective-et-sexuelle-evras-les-critiques-sont-elles-fondees-11252066>
- Arendt, O. (2023, septembre 13). Belgique : le nombre de grossesses chez les adolescentes a baissé de 40% en 10 ans. *Rtbf actus.* Geraadpleegd op 1.02.2025 op: <https://www.rtbf.be/article/belgique-le-nombre-de-grossesses-chez-les-adolescentes-a-baisse-de-40-en-10-ans-11255383>
- Haute Autorité de Santé (2013). *Document de synthèse – Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles.* Geraadpleegd op 1.02.2025 (laatste wijziging in november 2017) op: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

- European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive rights (2024). *European contraception atlas 2024*. [European Contraception Policy Atlas 2024 | EPF](#)
- World Health Organization Department of Sexual and Reproductive Health and Research (WHO/SRH) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP) (2022). *Family Planning: A Global Handbook for Providers (2022 update)*. <https://fp handbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221114b.pdf>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2022). *Making Abortion Safe - Best practice in abortion care*. <https://www.rcog.org.uk/media/geify5bx/abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf>
- World Health Organization (2022). *Abortion Care Guideline*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. (2022). *Making Abortion Safe – Best practice in abortion care*. <https://www.rcog.org.uk/media/geify5bx/abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf>
- Van de Velde, S., Van Eekert, N., Van Assche, K., Sommerland, N. & Wouters, E. (2019). Characteristics of Women Who Present for Abortion Beyond the Legal Limit in Flanders, Belgium. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 51(3), 175-183. DOI:10.1363/psrh.12116.
- Center for Reproductive Rights (2019). *Reproductive rights developments in Europe – round – up of abortion law reform in 2018 and a preview of prospective developments in 2019*. <https://reproductiverights.org/story/reproductive-rights-developments-europe>
- Wilkinson, T. A., Downs, S. M., Edmonds, B. T. (2019). Cost minimization analysis of same-day long-acting reversible contraception for adolescents. *Jama Netw Open*, 2(9):e1911063. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2019.11063.
- Morris, J. K., Springett, A. L., Greenlees, R., Loane, M., Addor, M.C., Arriola, L., Barisic, I., Bergman, J. E. H., Csaky-Szunyogh, M., Dias, C., Draper, E. S., Garne, E., Gatt, M., Khoshnood, B., Klungsoyr, K., Lynch, C., McDonnell, R., Nelen, V., Neville, A. J., O'Mahony, M., Pierini, A., Queisser-Luft, A., Randrianaivo, H., Rankin, J., Rissmann, A., Kurinczuk, J., Tucker, D., Verellen-Dumoulin, C., Wellesley, D. & Dolk, H. (2018). Trends in congenital anomalies in Europe from 1980 to 2012. *PLOS ONE* 13(4): e0194986. DOI: [10.1371/journal.pone.0194986](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194986)
- Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women - Committee on the Rights of Persons with Disabilities (joint statement) (2018). *Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities – 29 august 2018*. <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Statements/GuaranteeingSexualReproductiveHealth.DOCX>
- Roberts, S. C. M., Upadhyay, U. D., Liu, G., Kerns, J. L., Ba, D., Beam, N. & Leslie, D. L. (2018). Association of facility type with procedural-related morbidities and adverse events among patients undergoing induced abortions. *Jama*, 319(24), 2497-2505. DOI:10.1001/jama.2018.7675.

- Westhoff, C. L. & Davis, A. R. (2018). Abortion-related adverse events by facility type – Reassurance from a national analysis. *Jama*, 319(24), 2481-2483. DOI:10.1001/jama.2018.7906.
- Damle, L. F., Gohari, A. C., McEvoy, A. K., Desale, S. Y. & Gomez-Lobo, V. (2015). Early initiation of postpartum contraception: does it decrease rapid repeat pregnancy in adolescents? *Journal of pediatric & adolescent gynecology*, 28(1), 57-62. DOI: 10.1016/j.jpag.2014.04.005.
- Birgisson, N. E., Zhao, Q., Secura, G. M., Madden, T. & Peipert, J. F. (2015). Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. *Journal of women's health* 24(5), 349-353. DOI: [10.1089/jwh.2015.5191](https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5191)
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2013). Reproductive and Sexual Coercion. *Obstetrics & Gynecology*, 121(2 Pt 1), 411-415. https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2013/02000/Committee_Opinion_No_554_Reproductive_and_Sexual.43.aspx
- Rose, S. B. & Lawton, B. A. (2012). Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 206(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21944222>
- Winner, B. & Peipert, J. F., et al. (2012). Effectiveness of long-acting reversible contraception. *The new England journal of medicine* 366(21), 1998-2007. DOI: 10.1056/NEJMoa1110855.
- Bednarek, P. H., Creinin, M. D., Reeves, M. D., Cwiak, C., Espey, E. & Jensen, J. T. (2011). Immediate versus Delayed IUD Insertion after Uterine Aspiration. *The new England journal of medicine* 364(23), 2208- 2217. DOI: 10.1056/NEJMoa1011600.
- Garne, E., Khoshnood, B., Loane M., Boyd P. & Dolk H. (2010). Termination of pregnancy for fetal anomaly after 23 weeks of gestation: a European register-based study. *BJOG*, 117(6), 660-666. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02531.x. PMID: 20374608.
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research - United Nations Population Fund (UNFPA), « Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities – WHO-UNPFA guidance note », 2009, 84 p., ISBN: 978 92 4 159868 2, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241598682/en/>
- Garne, E., Loane, M., de Vigan, C., Scarano, G., de Walle, H., Gillerot, Y., Stoll, C., Addor, M. C. , Stone, D., Gener, B., Feijoo, M., Mosquera-Tenreiro, C., Gatt, M., Queisser-Luft, A., Baena, N. & Dolk, H. (2004). Prenatal diagnostic procedures used in pregnancies with congenital malformations on 14 regions of Europe. *Prenatal diagnosis* 24(11), 908-912. DOI: <https://doi.org/10.1002/pd.1044>
- Women enabled international. *Fact Sheet: Sexual and Reproductive Health and Rights of Women and Girls with Disabilities*. Geraadpleegd op 1/02/2025 op: https://womenenabled.org/wp-content/themes/twentytwenty-child/thametic_files_in_english.zip

D. Video

- Séhier, V. (2019). Droits sexuels et reproductifs en Europe : entre menaces et progrès. *Journal officiel de la République Française*. <https://www.lecese.fr/content/seance-pleniere-1211-14h30-droits-sexuels-et-reproductifs-en-europe-entre-menaces-et-progres>

E. Brochures

- LUNA vzw. (2020). *LUNA infomap – maart 2020*. <https://abortus.be/wp-content/uploads/2021/09/Infomap-LUNA-maart-2020.pdf>
- Fédération des centres de planning familial des FPS. (2019). *L'avortement : mon corps, mon choix, ma liberté*. <https://www.planningsfps.be/product/brochure-lavortement-mon-corps-mon-choix-ma-liberte/>

F. Internetsites

- <https://www.igj.nl/over-ons/igj-in-cijfers/cijfers-zwangerschapsafbreking> - Rapportage Wet afbreking zwangerschap (Wafz) (Nederlandse overheid),
- ivg.gouv.fr | Le Site officiel sur l'IVG - site van de Franse overheid gewijd aan abortus
- www.bcfi.be - Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie
- www.sensoa.be - Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid
www.allesoverseks.be - informatie over seksualiteitsbeleving, lichaam, soa's en hiv, anticonceptie, relaties, gender, ...
www.zanzu.be - tool die helpt om zonder taalbarrières over seksuele gezondheid te praten met mensen die weinig of geen Nederlands kunnen (ondersteuning voor 14 talen)
- www.evras.be ; evras - EVRAS - Parents - referentiesite over relationele, emotionele en seksuele opvoeding
- www.abortus.be - Nederlandstalige abortuscentra: Luna en VUB Dilemma
- www.planningfamilial.net - Seculiere Federatie van Centra voor Gezinsplanning
- www.gacehpa.be - Groupe d'action des Centres Extra-Hospitaliers pratiquant l'Avortement (Actiegroep voor abortuscentra buiten het ziekenhuis)
- www.sofelia.be - activistische federatie van solidariteitscentra voor gezinsplanning (voorheen federatie van centra voor gezinsplanning van socialistische vrouwen ('femmes prévoyantes socialistes'))
- www.monplanningfamilial.be - informatie over centra voor gezinsplanning in Brussel en Wallonië (voorheen LoveAttitude)
- www.medimmigrant.be - informatie over de toegang tot gezondheidszorg van mensen met een precair verblijfsstatuut in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

- www.fara.be - een vzw die zwangerschapskeuzes bespreekbaar maakt door te informeren, te luisteren en te begeleiden
- www.catholicsforchoice.org - organisatie die de stem vertolkt van de katholieken die geloven in reproductieve vrijheid
- www.contraceptioninfo.eu - European Contraception Policy Atlas
- <https://www.ippf.org/> - International planned parenthood federation

G. Sectorgericht

- Vrancken C, Poets G. (2023). Zwangerschapsafbrekingen in België: evolutie en trends wereldwijd. *Huisarts Nu* 52(1), 15-17.
<https://www.huisartsnu.be/2023/nr1/artikel/zwangerschapsafbrekingen-belgie-evolutie-en-trends-wereldwijd>
- Fédération laïque des centres de planning familial (FLCPF) – Fédération pluraliste des centres de planning familial (FCPPF) – Fédération des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes (FCPF – FPS) – Fédération des centres de planning et de consultation (FCPC) – Groupe d’action des centres extra-hospitalier pratiquant l’avortement (GACEHPA). (2019). *Interruption volontaire de grossesse : pour un réel droit des femmes à disposer de leur corps*. <https://fcpc.be/wp-content/uploads/2019/03/Revendications-dossier-interruption-volontaire-de-grossesse-Note-sectorielle-Centres-de-Planning-familial-2.pdf>

H. Statistieken

- Observatoire de la Santé du Hainaut. (décembre 2024). *Grossesses chez les adolescentes dans le Hainaut*.
- Nationale Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking. *Tweejaarlijkse verslagen [2012 en 2013 tot en met 2020-2021]*. Geraadpleegd op 1/02/2025 op [Nationale evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking | Volksgezondheid](#)
- Ecole de politique appliquée, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke, Quebec, Canada. *Perspective Monde - Pyramides des âges en Belgique – 2018*. Geraadpleegd op 1/02/2025 op [Pyramide des âges - Belgique | Perspective Monde](#)
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nederland. *Rapportage Wet Afbreking Zwangerschap (Wafz)*. Geraadpleegd op 1/02/2025 op <https://www.igj.nl/over-ons/igj-in-cijfers/cijfers-zwangerschapsafbreking>

I. Eindwerken

- De Kort, L. (2022). *The social profile of women requesting abortion care in Flanders, Belgium – An analysis of subsequent abortions and of abortion care during the first wave of the COVID-19 pandemic* [Doctoral thesis, University of Antwerp]. <https://repository.uantwerpen.be/docstore/d:irua:10788>
- duPolus, J. (2020). *Interruption volontaire de grossesse : comment garantir l'équilibre entre l'effectivité des droits du patient et la liberté de conscience du médecin ?* Université libre de Bruxelles.
- Lenz, C. (2019). *La sortie de l'interruption volontaire de grossesse du code pénal, une réelle avancée pour les droits des femmes ?* Université catholique de Louvain-La-Neuve.
- Barbier-Delfosse, M. (2017). *La législation relative à l'interruption volontaire de grossesse : un compromis parmi d'autres ? – Extension des délais, jusqu'où peut-on aller ?* Université libre de Bruxelles.
- Grégoire, A. (2017). *Le rejet de la pilule comme moyen de contraception. Comment améliorer la prise en charge des demandes de contraception en médecine générale ?* Université libre de Bruxelles.
- Hatzfeld, A. (2016) *Identification des différents facteurs de résistance à la contraception chez les jeunes filles de 15 à 20 ans.* Université libre de Bruxelles.
- Neto, C. F. (2014). *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse à domicile : étude de la demande en Belgique.* Université libre de Bruxelles.
- Busine, C. (2013). *Etude comparative de la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en milieu intra – et extra – hospitalier.* Université libre de Bruxelles.
- Lecomte C. (2012). *Comment accompagner les femmes dans le choix de la méthode d'IVG ?* Université libre de Bruxelles.
- Pignon, C. (2011). *Interruptions volontaires de grossesse itératives : approche étiologique.* Université libre de Bruxelles.

Colofon

**Nationale Evaluatiecommissie belast met
de evaluatie van de toepassing van de bepalingen
van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de zwangerschapsafbreking**

Secretariaat van de Commissie:

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Nationale Evaluatiecommissie zwangerschapsafbrekingen

Galileelaan 5/2,
Bureau 05.35



02/524.91.09 (Nl)
02/524.92.56 (Fr)



sarah.deloor@health.fgov.be (Nl)
valerie.denef@health.fgov.be (Fr)

<https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/nationale-evaluatiecommissie-zwangerschapsafbreking>